

**КЗВО ЛОР «ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»**

**Кафедра психічного та фізичного здоров'я**

«До захисту допущено»

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_к.з фіз.вих та спорту Кость М.М.

**ШЕВЧУК ІВАННА-ЮЛІЯНА РОМАНІВНА**

УДК 614.2:005]614.253.5(477)

**АНАЛІЗ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ РІВНІ**

Спеціальність 223 Медсестринство

Наукова робота на здобуття освітнього ступеня магістр

Науковий керівник

кандидат наук з державного управління

Шегедин Я.Ю.

Львів 2023

<b>ВСТУП</b>	6
<b>РОЗДІЛ 1. Історико-ретроспективний аналіз менеджменту закладів охорони здоров'я України</b>	10
1.1. Історичні аспекти встановлення системи охорони здоров'я на теренах України в ХХ ст.	10
1.2. Особливості класифікації моделей системи охорони здоров'я в Україні та світі.	14
1.3. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування.	24
Висновки до розділу 1	31
<b>РОЗДІЛ 2. Аналіз менеджменту в закладах охорони здоров'я та система управління кадровими ресурсами.</b>	32
2.1 Засади менеджменту закладів охорони здоров'я України	32
2.2 Система управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я.	34
Висновки до розділу 2	38
<b>РОЗДІЛ 3. Виклики та рекомендації щодо формування ринків медичних послуг та управління медсестринською діяльністю в Україні.</b>	39
3.1. Виклики, щодо формування ринків медичних послуг в Україні.	39
3.2. Практичні рекомендації щодо удосконалення управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я.	48
Висновки до розділу 3	59
<b>ВИСНОВКИ</b>	60
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	66
<b>ДОДАТКИ</b>	69

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;

ОЗ – охорона здоров'я;

ПМСД- первинна медико-соціальна допомога;

ЦЕМД- центр екстреної медичної допомоги;

НСЗУ- національна служба здоров'я України;

ЕСОЗ- електронна система охорони здоров'я;

БПР- безперервний професійний розвиток;

США – Сполучені Штати Америки;

ЗПСМ – загальна практика сімейної медицини;

## **АНОТАЦІЯ**

У даній магістерському дослідженні проведено аналіз управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я України на медсестринському рівні. Досліджено основні проблеми та виклики, з якими стикаються медичні заклади, що пов'язані з управлінням медсестринським персоналом, визначено основні аспекти та складові ефективного управління медсестринською діяльністю.

В результаті дослідження було виявлено, що в управлінні медсестринською діяльністю відсутня належна увага до важливих аспектів, таких як мотивація, професійний розвиток, командна робота, створення комфортних умов праці, визнання та пошана. Запропоновано шляхи вирішення цих проблем та покращення управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я.

Отже, результати даного дослідження можуть бути корисними для керівників медичних закладів, які зацікавлені в покращенні управління медсестринською діяльністю та забезпеченні якісної медичної допомоги пацієнтам.

## **ANNOTATION**

In this master's study, an analysis of management activities in health care institutions of Ukraine at the nursing level was carried out. The main problems and challenges faced by medical institutions related to the management of nursing staff were studied, the main aspects and components of effective management of nursing activities were determined.

As a result of the study, it was found that in the management of nursing activities, there is a lack of due attention to important aspects such as motivation, professional development, teamwork, creating comfortable working conditions, recognition and respect. Ways to solve these problems and improve the management of nursing activities in health care institutions are proposed.

Therefore, the results of this study can be useful for managers of medical institutions who are interested in improving the management of nursing activities and providing quality medical care to patients.

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Управлінська діяльність в закладах охорони здоров'я України на медсестринському рівні є дуже актуальною та важливою в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Сестри/брати медичні є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я та мають ключову роль у наданні медичної допомоги пацієнтам. Однак, діяльність медичних закладів та їх управління є складним процесом, який вимагає високої кваліфікації та професійного підходу. Тому, важливо провести аналіз управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я на медсестринському рівні, щоб виявити можливі проблеми та знайти шляхи для їх вирішення.

Крім того, реформування системи охорони здоров'я є однією з пріоритетних справ уряду України. Дослідження управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я на медсестринському рівні може допомогти удосконалити систему управління та покращити якість медичної допомоги в Україні.

Також важливо зазначити, що під час пандемії COVID-19 та воєнного стану роль сестер/ братів медичних в системі охорони здоров'я значно зросла. Вони є фронтовими робітниками та мають ключову роль у боротьбі з цією хворобою. Однак, пандемія також показала деякі недоліки та проблеми в системі охорони здоров'я в Україні, які потребують уваги та вирішення. Тому, проведення дослідження управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я на медсестринському рівні допоможе виявити ці проблеми та запропонувати ефективні заходи їх вирішення. Крім того, аналіз управлінської діяльності на медсестринському рівні є важливим з точки зору ефективного використання ресурсів та фінансів в системі охорони здоров'я. Медичні заклади повинні максимально оптимізувати витрати та забезпечувати якісну медичну допомогу для пацієнтів. Тому, аналіз управлінської діяльності на медсестринському рівні

допоможе виявити можливості для оптимізації витрат та покращення ефективності роботи медичних закладів.

Нарешті, важливо зазначити, що сестри та брати медичні є найбільш масовою групою медичних працівників в Україні. Тому, їхній досвід та знання важливі для покращення системи охорони здоров'я в цілому. Аналіз управлінської діяльності на медсестринському рівні допоможе збільшити вплив середнього медичного персоналу на прийняття управлінських рішень та сприятиме розвитку їхнього професійного потенціалу.

**Мета і завдання дослідження.** Метою роботи є аналіз та вивчення комунікаційної складової між управлінським менеджментом та практичним медсестринством через призму нормативно-правової бази. Реалізація поставленої мети зумовила потребу в розв'язанні таких дослідницьких завдань:

- Проаналізувати наукові дослідження та впровадження реформ у сфері сестринської справи;
- Дослідити комунікаційну складову між управлінським менеджментом та практичним медсестринством через призму нормативно-правової бази;
- Вивчити потреби пацієнта та практичних сестер/братів медичних через медсестринський менеджмент;
- Дослідити мотиваційну складову практичних сестер/братів медичних у ЗОЗ м. Львова та Львівської області з метою покращення якості надання медсестринської допомоги та удосконалення управлінської діяльності та надати рекомендації до впровадження.

**Об'єкт дослідження** – заклади охорони здоров'я, сестри та брати медичні.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети й вирішення зазначених завдань застосовано системний підхід та комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження:

*Теоретичні* – аналіз наукових літературних джерел.

*Емпіричні (анкетування, бесіди тощо)* – для дослідження управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я України на медсестринському рівні.

*Методи ретроспективного аналізу* – для вивчення явищ менеджменту в закладах охорони здоров'я та процес їх генезису, що відбувається під впливом різних взаємопов'язаних впливів дійсності;

*Метод наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення* – для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування системи управлінського менеджменту на медсестринському рівні.

**Наукова новизна** магістерського дослідження полягає в тому, що воно розглядає управлінську діяльність в закладах охорони здоров'я України на медсестринському рівні, що до цього моменту було менш вивчено. Магістранткою встановлені проблемні аспекти управління медсестринською діяльністю, а також запропоновано рекомендації щодо покращення цієї сфери управління в Україні, які потрібно імплементувати в практичне медсестринство.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що в магістерській роботі досліджено нормативно-правову базу, щодо управлінського менеджменту сестер/братів медичних в ЗОЗ та проаналізовано мотиваційну складову, щодо покращення якості надання медсестринської допомоги та удосконалення управлінської діяльності.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення та результати дослідження подавалися у наступних публікаціях:

- Шевчук І.-Ю.Р. «Історичні аспекти встановлення системи охорони здоров'я на теренах України у ХХ ст.» XVII International Scientific and Practical Conference: «Problems of development of scientific potential and directions for its increase» Мадрид 17 серпня 2022 року.

- Шевчук І.-Ю.Р. «Функціонування системи охорони здоров'я на теренах України у ХХ ст.» Збірник тез доповідей II Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Пріоритетні напрями досліджень у



науковій та освітній діяльності: проблеми та перспективи» 12 – 13 жовтня 2022 року м. Рівне

- Шевчук І.-Ю.Р., Шегедин Я.Ю. «Основа менеджменту закладів охорони здоров'я» «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» матеріали III Регіональної науково-практичної конференції, 27 жовтня 2022 р. м. Львів

- Шевчук І.-Ю.Р., Шегедин Я.Ю. «Система управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я. Методи управління.» II Всеукраїнська студентська науково-практична інтернет-конференція «Теоретичні та прикладні аспекти медико-біологічних наук», 18 травня 2023 р. м. Львів

**Структура магістерської роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (32 позиції). Загальний обсяг магістерської роботи - 70 сторінок. Робота містить 7 рисунків та додаток.

## **РОЗДІЛ 1. Історико-ретроспективний аналіз менеджменту закладів охорони здоров'я України**

### **1.1 Історичні аспекти встановлення системи охорони здоров'я на теренах України в ХХ ст.**

На формування системи охорони здоров'я України у ХХ ст. припадає низка історичних факторів, а саме: формування, позбавлення України самостійності державного регулювання охорони здоров'я, відродження цього процесу та його розвиток у форму міжгалузевої та міжнародної інтеграції .

Досліджуючи історичні наукові джерела, можна констатувати, що ці складні історичні фактори формування системи охорони здоров'я України залежали від перебування свого Східного регіону в складі російської, а Західного – Австро-Угорської імперій та Польщі до проголошення Української Народної Республіки (1917 р.), її автономії та возз'єднання із Західно-українською Народною Республікою в єдину соборну Україну (1919 р.), через понад 70-річне перебування в складі колишнього СРСР до проголошення Акта про незалежність (1991 р.).

Період формування процесу державного управління охороною здоров'я в Україні збігається з визвольною боротьбою українського народу за державну незалежність (1917–1920 рр.). Короткий етап української державності ознаменувався створенням національних централізованих органів управління медичною справою. Першим із них стала Крайова лікарсько-санітарна Рада (голова – Б. Матюшенко), сформована Українською Центральною Радою, склад якої був затверджений 15 жовтня 1917 р. першим Крайовим лікарсько-санітарним з'їздом (Київ). Уряд гетьмана П. Скоропадського першим в історії України у травні 1919 р. за- снував Міністерство народного здоров'я і опікування (міністр – В. Любинський). Вищим органом управління медико-санітарною справою в Західноукраїнській Народній Республіці (листопад 1918 р. – листопад 1919 р.) став Державний секретаріат здоров'я, який очолював лікар І. Куровець.

Особливістю державного управління на цьому етапі було практичне здійснення медичного забезпечення легіону Українських Січових стрільців та Української Галицької армії. Що стосується організаційних структур медичної служби Української Галицької армії, то на підставі аналізу звітів, що надходили до державного секретаріату, стало відомо, що в січні 1919 р. вона мала в своєму розпорядженні понад 60 медичних працівників, 5 госпіталів на 529 ліжок, 3 санітарних та дезінфекційних поїзди. Окрім цього, в тилу ще було понад 170 медичних працівників, 18 аптек, 25 госпіталів та 12 захистів для хворих на 5643 ліжка і 48 дезінфекторів. Третій період – позбавлення України самостійності у державному управлінні охороною здоров'я – відповідає радянському періодові української історії (1921–1991 рр.). Тенденції розвитку державного управління охороною здоров'я впродовж цього періоду відповідають трьом його основним етапам: 1921–1941 рр. – формування адміністративно-командної системи управління; 1941– 1945 рр. – підпорядкування діяльності органів державної влади законам воєнного часу; 1945–1991 рр. – зміцнення, застій та занепад командно-адміністративної форми державного управління. Тоді, як відомо, управління загалом та управління охороною здоров'я зокрема були підпорядковані адміністративно-командній системі як антиподу наукового управління. Державно-політичний механізм в особі Комуністичної партії Радянського Союзу, за умов неринкового господарства й авторитарно-бюрократичної організації, перебрав на себе управління всім суспільством згори й донизу. Внаслідок цього професіоналізація змісту державного управління та політика українського національного відродження, які сформувалися на початку ХХ ст., були ліквідовані [1].

Серед окремих наукових здобутків та досягнень у практичній реалізації державного управління в галузі охорони здоров'я цього періоду, які доцільно виділити в історії розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні, необхідно назвати:

- створення системи робітничої медицини як своєрідного зразка страхової медицини;
- видання у Празі в 1926 р. підготовленого М. Галиним “Медичного латинсько-українського словника” та його перевидання в 1969 р. у Детройті (США);
- пошук та впровадження у практику раціональної системи медичного забезпечення Збройних сил СРСР, яка диктувалася умовами Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр.;
- організацію медичного забезпечення Української повстанської армії [2].

Під час Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. вагомий внесок у великий подвиг нашого народу зробили і лікарі – вихідці з України, серед яких багато начальників військово-санітарних управлінь фронтів та флотів, головних хірургів і головних терапевтів фронтів та флотів. На той час ішлося про те, що радянський союз виграв війну своїми пораненими – в жодній армії світу не було такого великого відсотка повернень у бойовий стрій після поранення. Щоправда, жодній армії світу не відомі й такі астрономічні показники санітарних втрат.

Вивчаючи літературні джерела, у котрих проведений аналіз медичного забезпечення радянської армії в ході операцій Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр., нами встановлено, що недостатньо висвітлювалась проблематика управління медичною службою. Причини, що пояснюють погане забезпечення медичної служби в радянській армії описані в монографії “Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.”, де виокремлюються такі факти, як застій критичної оцінки дій “вищої ланки” керівництва військами, зокрема і медичною службою, оскільки в цей час мало значення культу особи.

У повоєнні роки було проведено величезну роботу щодо відновлення матеріально-технічної бази охорони здоров'я та діяльності медичних закладів України.

В результаті виконання завдань, поставлених урядом перед органами охорони здоров'я, в медичних закладах України на початку 70-х рр. ХХ ст. уже працювало 157100 лікарів, зокрема в системі Міністерства охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки – 127300. На кожних 300 жителів республіки припадало по 1 лікарю та 3 фахівці середнього медично го персоналу. Були створені та оснащені найсучаснішою технікою бригади швидкої медичної допомоги. Ще вищого рівня швидкої медичної допомоги населенню було досягнуто після об'єднання станції з лікарнею швидкої медичної допомоги. Такі об'єднання почали функціонувати у багатьох містах України. Для покращання стаціонарної допомоги сільському населенню в поліклініках усіх центральних районних лікарень було створено спеціалізовані кабінети (з 15-20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованого лікування. З метою наближення педіатричної допомоги до сільських дітей у 1971 – 1975 рр. центральні районні лікарні та сільські дільничні амбулаторії було укомплектовано лікарями-педіатрами [3].

Четвертий період – відродження державного управління охороною здоров'я – розпочався в 1991 р. з відновленням та утвердженням незалежної Української держави і тривав до 2001 р., коли відбулося скасування на її теренах радянських законодавчих актів.

У цьому періоді розвитку системи державного управління охороною здоров'я в Україні, як стверджує В.Ф.Москаленко, можна виділити три етапи: формування – 1991–1994 рр.; стабілізації – 1995–1998 рр.; поступального розвитку – 1999–2001 рр [4].

У період з 1991 р. до 2001 р. в Україні створено нормативно- правову базу системи охорони здоров'я, до якої належить 891 нормативно-правовий акт,

зокрема 140 законів, 300 постанов Верховної Ради України, 72 укази Президента України та 379 постанов Кабінету Міністрів України. Але національну правову базу охорони здоров'я України, що є важливою складовою державного управління галуззю, ще не можна вважати достатньою і досконалою [4].

## **1.2. Особливості класифікації моделей системи охорони здоров'я в Україні та світі**

Загально відомо, що в умовах сьогодення зростає потреба у висококваліфікованих сестрах/братах медичних оскільки суспільство в умовах війни та мирному житті має велику потребу у забезпеченні якісною медичною допомогою. Наявні погляди щодо цього питання були висвітлені на Європейській конференції з сестринської справи (Відень, 1988) де наголошувалось, що: «...без медичних сестер немає майбутнього. Такий підхід до значимості сестринської справи як складової частини системи охорони здоров'я та особи медичної сестри залишається актуальним і на XXI століття».

Проаналізувавши джерела [5] можна зазначити, що «...сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «...Сестринська справа — це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [6].

Загально відомим фактом є те, що «...на сьогодні зростає вагомість медичної сестри не тільки в Україні, а й в цілому світі. Актуальності набуває проведення порівняльної оцінки ролі медсестринства в Україні та в світі. Важливість та необхідність дослідження цієї тематики полягає в тому, що

відбувається активне формування законодавчої бази в сфері медсестринства та необхідність прискорення адаптації вітчизняної нормативно-правової бази до європейських норм, зокрема це стосується кадрового забезпечення та наближення вітчизняного рівня заробітної плати медичних сестер України до світового». [5]

Однією з найважливіших особливостей досліджуваного об'єкта є роль сестри медичної у сучасній охороні здоров'я. Найчастіше досліджуються функціональні обов'язки та можливості середнього медичного персоналу. У порівнянні із Європейськими країнами де медична сестра є самостійною ланкою та повноправним помічником лікаря, то в Україні лише, як допоміжний персонал. Важливо зазначити, що права сестер медичних у нашій державі не є захищеними нормативно-правовими документами.

Як свідчать дані, «...лише декілька дуже потрібних законодавчих актів щодо роботи медичного персоналу існують на папері. Наприклад, проект Закону "Про організацію медичного обслуговування", в якому звертається увага на медичну сестру як повноцінного учасника відносин з надання медичної допомоги між пацієнтами та закладами охорони здоров'я, оскільки цим нормативом передбачається створення закладів сестринського догляду. Медичні сестри здебільшого сприймаються у нас як сестри милосердя, як помічники лікаря, хоча в цілому світі медична сестра посідає рівне місце поряд з лікарем [7].

Існуючі моделі системи охорони здоров'я в світовій спільноті формувалися під впливом різних чинників. Серед цих чинників можна виділити наступні: географічно-історичний, соціально-культурний, політико-адміністративний.

Дану проблематику, медсестринство, як окрему галузь медицини, вивчали у своїх дослідженнях вітчизняні науковці (В. І. Агарков, В. Г. Бідний, В. С. Бірюков, Ю. В. Вороненко, О. В. Галацан, О. М. Голяченко, Є. П. Жиляєва, В. І. Журавель, В. Ф. Москаленко, З.О. Надюк, Л. А. Пиріг, Я. Ф. Радиш, О. В. Савкіна та ін.) і зарубіжні вчені (П. Берман, С. Влодаржик, Д. Донеv, Ф. Дуіч, Г.

Ленські, Р. Салтман, С. Турек, С. Хем, Р. Шеффлер та ін.). У своїх працях висвітлювали як сильні так і слабкі сторони моделей системи охорони здоров'я [8].

Дотримання адекватного та збалансованого процесу між постійним зростанням цін на медичні послуги внаслідок науково-технічного прогресу в медичній галузі та забезпечення однаковим доступом до отримання медичних послуг усіх громадян країни, не залежно від їх фінансового стану - це є головне завдання будь якої національної системи охорони здоров'я. За допомогою вивчення світового досвіду та проведення адаптації до реалій нашої країни дасть змогу вирішити ці ключові проблеми у реформуванні медичної галузі.

В основу класифікації систем охорони здоров'я, здебільшого покладено структурний критерій, виходячи з проаналізованих літературних джерел.

Беручи до уваги соціально-політичну структуру суспільства, M.G. Field [9] виокремлює п'ять типів систем охорони здоров'я:

- класичну (невпорядковану);
- плюралістичну;
- страхову;
- національну;
- соціалістичну.

В залежності від різних рівнів соціального розвитку країн, науковий дослідник М. Фотакі розглядає сучасну класифікацію системи охорони здоров'я. Дана класифікація виокремлює такі моделі національних систем охорони здоров'я: "...1) універсалістська (модель Беверіджа); 2) соціального страхування (модель Бісмарка); 3) „південна модель” (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія); 4) інституційна або соціал-демократична „скандинавська модель”; 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення); 6) консервативно-корпоративна (Японія); 7) латиноамериканська; 8) системи охорони здоров'я держав Східної Азії; 10) системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою”[9]



На думку І.А. Тогунова: “...у сучасному підході до типології систем охорони здоров'я повинні переважати правові характеристики універсальних взаємовідносин лікаря й пацієнта, що визначаються фундаментальними (конституційними) свободами особистості. Адекватну цим свободам сучасну модель системи охорони здоров'я, описану й обгорнену законодавчою „оболонкою”, необхідно будувати, базуючись власне на такому принциповому підході”[10]

В основу класифікації покладено маркетингові (ліберальні) відносини суб'єктів системи:

- натуральні моделі системи охорони здоров'я – системи, які характеризуються відсутністю або вкрай низьким рівнем правової впорядкованості відносин лікар-пацієнт;
- ринкові моделі системи охорони здоров'я – системи, які спираються у своєму функціонуванні та еволюції на об'єктивні дії економічних та інших суспільних законів, що визначають цільові взаємодії надавача й користувача медичної допомоги;
- неринкові моделі системи охорони здоров'я – системи невиробничого економічного принципу функціонування, в яких надання медичної допомоги забезпечується тотальною роллю держави;
- змішані моделі системи охорони здоров'я – системи, які поєднують і патерналістичні відносини між лікарем і пацієнтом, і ліберальну маркетингову суть таких взаємодій [10]

Вивчивши літературні джерела, щодо моделей системи охорони здоров'я світу можна зробити висновок про те, що за базу класифікації системи охорони здоров'я взято структурний критерій. В світі існують загальноприйняті моделі систем охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, ринкова модель, модель Семашка.

В основу моделі (системи) Беверіджа покладено фінансування з державного бюджету. В даній моделі держава виступає, як гарант у наданні

всіх медичних послуг, доступності для всіх громадян не залежно від фінансового та соціального забезпечення, але при цьому пацієнт є обмеженим у виборі медичного обслуговування. Модель Беверіджа спрямовано на те, що заклади охорони здоров'я націлені на отримання фінансування з держаного бюджету і тому виникає конкуренція між державними лікувально-профілактичними закладами. Якщо розглядати пацієнта, як отримувача медичних послуг, то дана модель є для нього економічно вигідною, але не комфортною, оскільки пацієнт не може самостійно обирати повний спектр медичних послуг, які необхідні в даній ситуації. Беверідж заклав у свою модель три базових принципи, а саме: універсальність, єдність та інтеграцію.

Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Беверіджа, є: Великобританія, Італія, Канада, Скандинавські країни. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Беверіджа є такі:

- доступність і безоплатність медичної допомоги усім верствам населення держави;
- надійність одноканального механізму фінансування (державний бюджет) з державним контролем фінансових витрат у галузі;
- багатокomпонентна економіка охорони здоров'я на основі загальнодержавної власності;
- високий рівень адміністративної керованості системи, ефективніше управління й координація діяльності за умови надзвичайних ситуацій;
- гарантований рівень оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг;
- можливість швидкого впровадження змін у систему охорони здоров'я на всіх її рівнях;
- відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг (із

збереженням прихованої конкуренції за розподіл державних фінансових ресурсів, які виділені бюджетом для фінансування медичної допомоги та медичних послуг);

- централізоване планування і сталий розвиток інфраструктури галузі;

- пріоритетність профілактики, а також амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та швидкої медичної допомоги в охороні здоров'я;

- державний контроль і нагляд за якістю надання медичної допомоги та медичних послуг.

До недоліків системи охорони здоров'я Беверіджа фахівці відносять такі положення :

- одностороння монополія держави на медичну допомогу і послуги;

- економія витрат бюджету на охорону здоров'я;

- незацікавленість системи в інноваційних змінах;

- недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;

- залежність доступності медичної допомоги від рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;

- відсутність економічних стимулів до підвищення якості надання медичної допомоги, розширення її обсягу;

- невисокий рівень стандартів медичного обслуговування;

- низький рівень задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги (соціальною доступністю, рівнем обслуговування, участю в лікуванні);

- високий рівень медико-етичних конфліктів між надавачами й користувачами медичної допомоги;

- обмежений доступ пацієнтів до якісних високоспеціалізованих медичної допомоги та практична відсутність

контролю споживачів медичної допомоги за якістю її надання;

- відсутність правових, економічних, соціальних умов для формування адекватного конкурентного середовища в галузі надання медичної допомоги;

- неефективне використання ресурсів охорони здоров'я, виділених на галузь;

- слабка (подекуди – відсутня) кореляція заробітної платні медичних працівників з обсягом, якістю та ефективністю наданої пацієнтам медичної допомоги, що призводить до певного дефіциту медичних кадрів;

- авторитарний стиль керівництва галуззю на всіх її рівнях[11]

Вищеперераховані особливості системи охорони здоров'я Беверіджа можуть надавати пріоритет цій моделі системи охорони здоров'я в умовах соціального суспільства, виступаючи засобом соціального захисту широких верств населення. Виявлені під час аналізу недоліки, які заважають максимально ефективній організації діяльності системи, піддаються корекції або усуненню. Чинники, які лежать в основі кожного недоліку, можуть бути подолані за умови створення адекватного для кожного з них механізму оптимізації [8].

Модель Бісмарка (система соціального страхування). При даній моделі роль держави базується на регулюванні законодавчих актів та нормативно-правових документів, та виступає як гарант у стабільності функціонуванні системи охорони здоров'я. Система соціального страхування базується на фінансуванні щодо надання медичних послуг громадянам переважно за рахунок обов'язкових внесків коштів (соціального страхування) на випадок хвороби. Працівники та працедавці є основними наповнювачами фінансів даної моделі. Позитивні моменти в даній моделі соціального страхування є те, що вона забезпечує економічну ефективність, медичну результативність та, що є не мало важливим, соціальну справедливість.

Суб'єктами ринку медичних послуг є лікарі та лікувально-профілактичні заклади, які пропонують свої послуги, страхові заклади (лікарняні каси), через які здійснюється оплата медичних послуг і незастраховані пацієнти.

Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Бісмарка, є: Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція. Зрозуміло, що у всіх цих країнах також є власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Бісмарка є такі:

- децентралізований тип фінансування галузі;
- право вибору лікаря, місця й умов отримання медичної допомоги;
- чіткий розподіл управлінських функцій між державними органами, органами, які здійснюють фінансування, і надавачами медичної допомоги;
- наявність конкуренції між суб'єктами ринку медичних послуг: страховими компаніями, лікувально-профілактичними закладами, вільно практикуючими лікарями;
- підвищений рівень контролю за якістю медичних послуг і фінансових витрат на її надання;
- забезпечення солідарної оплати медичної допомоги населенням;
- дієздатність економічних механізмів управління ринковою моделлю системи охорони здоров'я.

Негативними моментами системи охорони здоров'я Бісмарка вважаються такі [7; 11; 12; 13; 14; 15]:

- нерівномірність територіального та соціального доступу до ринку медичної допомоги для різних категорій населення;
- неадекватне реальним витратам підвищення ціни на медичні послуги;
- значні фінансові витрати на утримання аналітично-адміністративного персоналу для управління та фінансового обслуговування розрахунків страхових організацій з лікувально-профілактичними закладами та окремими вільно практикуючими лікарями, а також на правовий супровід відносин суб'єктів ринку медичних послуг;
- неналежний контроль за діяльністю медичного персоналу, який надає

- медичні послуги;
- незацікавленість у пацієнтах, які належать до групи високого ризику здоров'я; тривало- і частохворіючих або тих, хто не володіє соціальним страховим полісом;
  - низький відсоток використання у діяльності стратегічного (довготривалого) планування;
  - незацікавленість у зміцненні здоров'я населення й підвищенні рівня його санітарно-просвітніх знань;
  - почастищення випадків надання клінічно необґрунтованої медичної допомоги [8].

Індивідуальну відповідальність за власне здоров'я покладено в основу ринкової(ліберальної) моделі охорони здоров'я. Основною складовою даної системи виступає ринок медичних послуг, де є закладено обсяг, структура та вартість лікувально-профілактичної допомоги. При цьому роль держави є обмеженою, а фінансування із суспільних фондів - відносно незначне. Отже до позитивних моментів даної системи можемо віднести високоякісний лікувально-діагностичний процес, а до негативних – обслуговування є дуже дороговартісне, тому соціально вразливі верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги.

Модель (система) Семашка базується на виключному фінансуванні системи охорони здоров'я на з державного бюджету. Дана модель пропонує виступити гарантом при наданні медичних послуг суто державі, а також вона має регламентувати, регулювати та забезпечувати функціонування системи охорони здоров'я. Країни з централізованим управлінням, патерналістською ідеологією та нормативно-розподільчою економікою є прикладом даної системи. Модель Семашка забезпечує економічну ефективність та на високому рівні медичну результативність, але є соціально справедливою для населення. Прикладом функціонування системи охорони здоров'я України є модель Семашка. Фінансування даної галузі здійснюється за рахунок державних, місцевих бюджетів та контролюється державою. В нашій державі система

охорони здоров'я складається з закладів охорони здоров'я усіх форм власності, а саме державних, комунальних, приватних та колективних.

Класифікації закладів охорони здоров'я нашої держави полягає у наступному:

I. За видами:

1. лікувально-профілактичні;
2. санітарно-профілактичні;
3. санаторно-курортні;
4. науково-медичні;
5. аптечні;
6. фізкультурно-оздоровчі.

II. За рівнями:

1. базовий;
2. регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області);
3. державний.

Найвагомішим в системі охорони здоров'я є базовий рівень, оскільки він містить в своїй структурі сільські адміністративні райони, сільські та міські населені пункти. Вагома частина населення користується послугами охорони здоров'я саме на цьому рівні. Первинна й спеціалізована медична допомога населенню надається переважно у цих лікувальних установах. Діяльності національної системи охорони здоров'я прямопропорційна ефективності послуг охорони здоров'я на базовому рівні.

Регіональний рівень виходить за межі компетенції базового рівня, так як на цьому рівні здійснюються прогнозування, планування та організація заходів охорони громадського здоров'я. Консультативну діяльність та надання висококваліфікованої медичної допомоги забезпечують обласні лікувальні заклади охорони здоров'я.

Стратегія розвитку медичної галузі та формування політики у сфері охорони здоров'я здійснюється на державному рівні.

Зібрані та проаналізовані факти діяльності системи охорони здоров'я України дозволяють зробити висновки про те, що не забезпечується ефективний та результативний процес збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення. На сьогоднішньому етапі функціонування даної моделі Семашка є суперечливим на фоні нових політичних та соціально-економічних реальностей, що є наслідком незадовільного стану громадського здоров'я нації. Суперечливі протиріччя стали причиною проблем, які характерні для стану трансформації (реформи) в яких перебуває суспільство та держава. Вирішення протиріччя можливе лише за умови глобальної реформи охорони здоров'я України. Мета реформи: здійснення довготривалих дій, які націлені на перетворення системи охорони здоров'я в дійсно відкриту динамічну систему, що спроможна змінюватися залежно від змін у соціально-економічному навколишньому середовищі. Зміст реформи має бути наповнений впровадженням принципів соціальної справедливості, солідарності та участі громадян у формуванні та оцінюванні результатів державної політики у сфері охорони здоров'я.

### **1.3. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування**

У період 2015–2025 рр. відбувається побудова нової моделі системи охорони здоров'я України. Ця модель буде базуватися на впровадженні Національної стратегії. Дана реформа визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для державної галузі охорони здоров'я на наступні 10 років. Метою є формування механізмів та визначення напрямів нової моделі системи охорони здоров'я, яка спрямована на першочерговість профілактичного напрямку діяльності сфери охорони здоров'я, реалізацію збереження та зміцнення системи громадського здоров'я, зниження показників



захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, запровадженню ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, підвищенню соціальної справедливості й захисту прав громадян на охорону здоров'я.

В умова сьогодення в нашій державі продовжує діяти успадкована від Радянського Союзу командно-адміністративна модель системи охорони здоров'я. Під патронатством держави або територіальних громад перебувають заклади охорони здоров'я, які являються по своїй суті бюджетними установами. Застарілий механізм затвердження кошторису закладів охорони здоров'я є прямо залежним від органів влади та територіальних громад, який призводить до того, що органи влади утримують стимул діяти в інтересах закладів охорони здоров'я, а не в інтересах власне самих пацієнтів. Такий механізм не дає можливості керівникам ЗОЗ бути гнучкими менеджерами в управлінні закладів, що призводить до демотивації покращень результатів. Старі моделі системи охорони здоров'я, які прийшли нам у спадок з минулого генералізують страх у громадян щодо повної оплати лікувально-діагностичних послуг з власної кишені. Попри те медичні послуги надаються на застарілих устаткуваннях та інфраструктурі, без надання жодних гарантій за отримані послуги. Згідно Конституції кожний громадянин має право на якісну, безпечну та доступну медичну допомогу. Застаріла модель системи охорони здоров'я не тільки порушує дані права, а й гальмує розвиток сучасної медицини та інфраструктури розвитку лікувально-діагностичних закладів, цим самим знижують рівень життя та здоров'я наших громадян.

Для вирішення даної проблеми розроблена Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Як зазначено в Концепції, міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ), а також дослідження специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать,

що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Таким чином, буде запроваджено принцип "гроші ходять за пацієнтом", а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами послуг.

Предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги - прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських

засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни.

На початковому та середньостроковому етапі реформи генеральним замовником медичних послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги залишаються чинні головні розпорядники бюджетних коштів, якими є відповідні органи державної влади та органи місцевого самоврядування. Однак кінцевим завданням реформи є забезпечення закупівель таких послуг через єдиного національного замовника.

Перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням та постійним вдосконаленням сучасної платформи для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Така електронна система дозволить реалізувати принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а також аналізувати ситуацію із станом здоров’я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти. Ця система також відкриє можливість для створення “єдиного медичного простору” - координації і інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю послуг.

Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальною, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Запровадження нової моделі передбачається здійснити трьома етапами, повна реалізація яких очікується до 2020 року. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров’я в умовах її докорінної

реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів реформи широким верствам населення [15].

Концепція буде реалізовувати наступні напрямки:

- посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для громадян у випадку хвороби;
- більш ефективному та справедливому розподілу публічних ресурсів у системі охорони здоров'я;
- скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг та лікарських засобів, зменшенню рівня неформальних платежів;
- появі конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг;
- появі ринку праці медичних працівників, підвищенню рівня оплати їх праці;
- приведенню мережі закладів охорони здоров'я у відповідність з реальними потребами населення у медичних послугах;
- підвищенню рівня якості надання медичних послуг, їх фізичної та фінансової доступності;
- реалізації принципу вільного вибору для всіх учасників системи охорони здоров'я (для пацієнта, лікаря, закладу охорони здоров'я, замовника медичних послуг);
- створенню умов для інтеграції приватного сектору до системи охорони здоров'я;
- підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів[15].

Базові принципи, які покладені в основу світової Концепції сестринської справи на сучасному етапі можна виокреслити наступні:

- лікарська і сестринська справа – взаємопов’язані, доповнюють один одного процеси, що становлять дві самостійні професії – лікарська справа (вивчає патологічні процеси, хвороби, що розвиваються на їх фоні, способи впливу на ці патологічні процеси) і сестринська справа (вивчає реакцію індивідуума на хворобу);
- в основі тієї чи іншої професії повинні лежати загальні фундаментальні знання, а повноцінна фундаментальна діяльність повинна включати три взаємозалежних складових – філософію, теорію і практику;
- сестринська справа, як молода професія, ґрунтується лише на практиці, поступово освоює нову філософію, розвиваючись як професія. При цьому формується інша психологія сестри медичної, яка виконує роль фахівця – партнера лікаря і пацієнта, здатного до самостійної роботи в рамках єдиної лікувальної бригади і яка в основу своєї професійної діяльності ставить особистість пацієнта. Сестринська справа існує і розвивається як унікальна форма гуманітарної допомоги, ґрунтується на всебічній підтримці з боку суспільства;
- сестра медична несе юридичну відповідальність за свою професійну діяльність, яка регламентується відповідними правовими актами;
- в основі сестринської допомоги лежить таке поняття, як сестринський процес, який складається з п’яти етапів [16].

На сьогодні в нашій країні постійно проводиться робота щодо забезпечення високої якості сестринського догляду. Змінюються вимоги і ставлення суспільства до сестринської практики, системи професійної сестринської освіти, вдосконалюються сучасні сестринські технології. Так, в Європі та інших країнах медсестра сприймається не тільки як «права рука» лікаря, а й як абсолютно автономний медичний працівник, який в змозі та в

праві самостійно приймати рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого [5].

В умовах сьогодення повинно бути чітко окреслено які функції та статус медичної сестри в системі охорони здоров'я України мають бути. Потрібно визначити на найближчі роки стратегію розвитку сестринської справи, і взяти за мету підвищення фахового та соціального статусу сестри медичної, що сприятиме значному покращенню забезпечення якісного надання медичних послуг та збереження здоров'я в цілому. З цією метою було проведено реорганізацію Державної установи "Центральний методичний кабінет підготовки молодших спеціалістів міністерства охорони здоров'я України", який функціонував до 2019 року, на Державну установу "Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України". Завданнями «Центру розвитку медсестринства МОЗ України» стане захист інтересів медсестер та медбратів, розвиток медсестринства в Україні та покращення їх підготовки. Директор ДУ "Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України" Катерина Балабанова зазначила, що відбувається постійний діалог з медсестрами і медбратами в Україні. Основна мета Центру – побудова нової моделі розвитку медсестринства, яка призведе до зростання не лише зарплати медсестер і медбратів, а й їхньої ролі в медицині. Вони будуть мати більше компетенцій і, відповідно, більше відповідальності і можливостей. Наша мета – збудувати нову модель розвитку медсестринства, за якої зростуть не лише зарплати медсестер і медбратів, а й їхня роль. На цьому етапі зосереджуємось на освіті, стандартах і професійному розвитку [17].

Які зміни можна очікувати для сестер медичних та медичних братів? Для досконалого володіння практичними навиками персоналу з медсестринства більше часу буде відведено на практичну підготовку на додипломному етапі освіти. А також запровадження вищої освіти та наукових ступенів за спеціальністю 223 Медсестринство. Безперервний професійний розвиток запорука підвищення кваліфікації в даній галузі, які можна досягнути шляхом

сертифікації. Фахові компетентності потрібно розширювати, оскільки розвиток сестринської справи зазнає реформ і вимог сьогодення. Міністерство здоров'я спільно з Міністерством соціальної політики України розробляють професійний стандарт, де буде чітко прописано правила та стандарти діяльності в галузі 22 Охорона здоров'я спеціальність 223 Медсестринство спеціалізація сестринська справа.

### **Висновки до розділу 1**

На основі аналізу наукових поглядів вітчизняних та зарубіжних теоретиків і практиків, можна сказати, що вкрай важливою проблемою в Україні й надалі є відсутність єдиного напрямку розвитку нашої держави у сфері сестринської справи; дуже повільно просувається реформування галузі; відсутність єдиного політичного бачення, щодо покращення функціональних обов'язків та оплати праці медичним працівникам відповідно до отриманого рівня освіти, що прямо залежне стосовно збереження та зміцнення здоров'я нації.

Встановлено, що для забезпечення фактичної реалізації програми розвитку медсестринства необхідно удосконалення вищої професійної освіти, покращити роботу медсестринської служби та удосконалити організацію роботи та кадрової політики, підвищити значимість сестри медичної та медичного брата у системі охорони здоров'я, забезпечити якісною нормативно-правовою базою сферу професійної діяльності, налагодити комунікативні інформаційні ресурси, сприяти активному розвитку професійних сестринських об'єднань та асоціацій та для забезпечення безперервного професійного розвитку налагодити систему обміном досвіду з європейськими країнами та іншими країнами світу.

## **РОЗДІЛ 2. Аналіз менеджменту в закладах охорони здоров'я та система управління кадровими ресурсами.**

### **2.1 Засади менеджменту закладів охорони здоров'я України**

Управління сферою охорони здоров'я – це область, яка напряму пов'язана з лідерськими якостями менеджерів, управлінням та адмініструванням систем громадської охорони здоров'я, лікарень та лікарняних мереж. Управління лікарнею – це в першу чергу ресурс для тих, хто має обов'язки керівника лікарні, для того щоб забезпечити максимально ефективно лікування пацієнтів.

Менеджмент охорони здоров'я, або його ще називають медичний менеджмент – це загальний термін, який включає в себе використання людських, економічних, господарських, матеріальних та комп'ютерних ресурсів для ведення та лікування пацієнтів. Стратегії медичного управління створені для зміни поведінки споживачів та постачальників медичних послуг з метою покращення якості надання медичної допомоги. Тому особливої уваги в умовах ринкової економіки заслуговує фінансово-господарська діяльність медичних закладів [18].

Медичне керівництво складається з дипломованих фахівців в сфері охорони здоров'я та великим клінічним досвідом, що дозволяє контролювати тактику ведення пацієнта, його лікування та реабілітацію. Існують технології відбору ефективних проєктів, програм (експертні, конкурсні і ін.) [19, 20] Проте, коли постає питання кваліфікованого управління сферою охорони здоров'я – дипломованих менеджерів, як правило, недостатньо для раціонального управління адміністративною одиницею. В результаті змальовується комплекс функціонально виражених підцілей програми з оцінками відносної важливості кожної підцілі і кількісно вираженими цільовими нормативами, розробляються варіанти комплексів об'єктивно виражених цілей, при цьому цілі оформляються у вигляді функціонального або об'єктивно виражених потреб, які задовольняються у разі досягнення основної мети [21].



Це переважно стосується сектору державної медицини. Вирішення питання раціонального менеджменту в сфері охорони здоров'я стало надзвичайно важливим в наш час. Якісна медична послуга та коректний менеджмент – ключ к створенню якісних та привабливих для користувача медичної послуги закладів. Науковий прогрес сьогодення пов'язаний з медичними проблемами також направлений на підтримку думки про те, що раціональний кваліфікований менеджмент у сфері охорони здоров'я – новий крок до удосконалення галузі. Для виконання цієї роботи створюються спеціальні інформаційні центри, оснащені новітніми комп'ютерами, набором периферійної і термінальної техніки і обслуговувані кваліфікованим персоналом [5]. Таким чином, управління реалізацією програми можна вести в автоматизованому режимі, що дозволяє керівництву, позбавившись від дрібних поточних справ, вести творчу роботу [22, 20].

Здоров'я людини – це ресурс від якого залежить її благополуччя. Коли здоров'я людини порушується це приводить до прагнення виправити ситуацію в найбільш короткий термін та на найбільш комфортних умовах. Така людина і є пацієнтом. Інтерес пацієнта – за найбільш короткий проміжок часу повернути втрачене. Інтерес медичного персоналу – задовільнити потребу пацієнта якомога швидше таким чином, щоб пацієнт, у разі необхідності, повернувся саме до цього закладу охорони здоров'я. Інтерес закладу охорони здоров'я витратити на лікування кожного пацієнта якомога менше ресурсу. І звідси впливає головна мета менеджера – скоординувати роботу закладу таким чином, щоб інтереси пацієнта, медичного персоналу та лікарні були задовільнені в повній мірі без утиску інтересів жодної зі сторін.

## **2.2 Система управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я.**

Побудова системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити якісне медичне обслуговування, потребує всебічного розвитку галузі медсестринства, а з огляду на процеси децентралізації, регіональний аспект удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі

медсестринства набуває особливої актуальності. Саме з огляду на ці обставини, є необхідним дослідження механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні. Для пошуку шляхів удосконалення механізмів реалізації державної політики, направленої на реформування системи охорони здоров'я, доцільно на основі комплексного аналізу наукових досліджень та нормативно-правових документів щодо питань державної політики в галузі медсестринства окреслити структурно-функціональний аспект її реалізації на регіональному рівні [23].

Комплекс заходів щодо удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні у площині сучасного реформування в Україні системи охорони здоров'я має бути скерованим на реалізацію завдань і вимог “Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років”, Законів України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я”, “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” та “Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні”.

У “Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років” [24] зазначено, що система охорони здоров'я в Україні має значні недоліки, вона, зокрема: є державною власністю та орієнтована на лікарні, з дуже фрагментованим управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці; ігнорує міжнародні тенденції модернізації та поліпшення; характеризується неефективним використанням коштів, архаїчним станом закладів охорони здоров'я, які фактично не орієнтовані на пацієнта та неспроможні надавати ефективні, якісні послуги; має фундаментальні організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші помилки; структурно неефективна; приватний сектор перебуває на ранній стадії

розвитку.

Досліджуючи роль сестри/брата медичних, багато держав ширше дивляться на їх функціональні обов'язки та можливості. Так, в Європі та інших країнах сестри/брати медичні сприймається не тільки як "права рука" лікаря, а й як абсолютно автономний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого [25-30].

Поняття «медична послуга» з'явилося у законодавстві України ще на початку 90-х років минулого сторіччя, однак до цього часу у більшості актів чинного законодавства це поняття використовується набагато рідше, ніж поняття «медична допомога». Серед особливостей медичної послуги можна виділити:

- медична послуга надається тільки на підставі договору;
- на підставах, відмінних від договору, медична послуга не надається;
- у відсутність договору медична послуга надається не як медична послуга.

Необхідно відокремити поняття медичної послуги та сестринської послуги з догляду, впровадження медсестринського процесу (оцінки загального стану пацієнта, планування, проведення та оцінки результатів проведених сестринських втручань) у напрямках основ сестринської справи, медсестринства загальної практики сімейної медицини, медсестринства в хірургії, в терапії, в акушерстві та гінекології, в педіатрії, невідкладних станів на рівнях екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в системі охорони здоров'я (Шегедин, 2017).

Ефективність системи охорони здоров'я загалом та функціонування окремих закладів значною мірою залежить від практики менеджменту людських ресурсів. Існує значна кількість методів менеджменту персоналу, які традиційно поділяють на три групи за типом впливу:

- економічні – система прийомів та методів впливу на виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат і результатів;

- адміністративні – реалізуються за допомогою організаційно-розпорядчих методів прямого впливу, що носять директивний, обов'язковий характер;

- соціально-психологічні – способи управлінського впливу на персонал для формування установок щодо трудової діяльності та творчої активності.

Підхід «талант-менеджмент» став відомим у 1990-х роках після звіту міжнародної консалтингової кампанії Маккінсі «Війна за таланти», хоча ідея формування та розвитку творчого потенціалу співробітників, впровадження творчих стимулів просувалась у різних бізнес-організаціях за кілька років до публікації звіту. Розуміння й термінологія талант-менеджменту ще досі формуються, зокрема для галузі охорони здоров'я

У джерелах підхід талант-менеджменту переважно розглядається у двох аспектах: 1) здатність організації залучати, утримувати та створювати таланти; 2) процес управління «особливими», талановитими співробітниками. Талант-менеджмент включає кілька компонентів: пошук і наймання талантів, управління на основі результатів, навчання та розвиток талантів, менеджмент винагород та компенсацій. Талант-менеджмент не замінює собою менеджменту людських ресурсів, оскільки кількість талантів є невеликою (за даними досліджень – 3–5%), [31] проте створення особливих умов і технологій управління талановитими працівниками дозволяє організації досягати більших і кращих результатів діяльності відповідно до стратегії.

У посадових інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників (використовуються типові інструкції). Нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер. Перелік обов'язків окремих працівників може бути розширено за рахунок делегування їм завдань, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності чи кваліфікації.

До викликів впровадження політики можна віднести додаткові інвестиції, неготовність медсестринської спільноти до саморегуляції, недостатня спроможність державних регуляторних інституцій.

Імплементація вперш за все залежить від виконавців, котрі впроваджують політику на всіх рівнях. То ризики по перше виникають на рівні таких органів як: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України, Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти в Україні.

## Висновки до розділу 2

Отже, здоров'я людини – це ресурс від якого залежить її благополуччя. Коли здоров'я людини порушується це приводить до прагнення виправити ситуацію в найбільш короткий термін та на найбільш комфортних умовах. Така людина і є пацієнтом. Інтерес пацієнта – за найбільш короткий проміжок часу повернути втрачене. Інтерес медичного персоналу – задовільнити потребу пацієнта якомога швидше таким чином, щоб пацієнт, у разі необхідності, повернувся саме до цього закладу охорони здоров'я . Інтерес закладу охорони здоров'я витратити на лікування кожного пацієнта якомога менше ресурсу. І звідси впливає головна мета менеджера – скоординувати роботу закладу таким чином, щоб інтереси пацієнта, медичного персоналу та лікарні були задоволені в повній мірі без утиску інтересів жодної зі сторін.

Досліджуючи дану проблематику можна зробити наступні висновки що ефективний менеджмент закладів охорони здоров'я прямо пропорційно пов'язаний з кадровим потенціалом і має низку питань, які потрібно вирішувати щоденно. Тому до викликів впровадження політики можна віднести додаткові інвестиції, неготовність медсестринської спільноти до саморегуляції, недостатня спроможність державних регуляторних інституцій.

Імплементация вперш за все залежить від виконавців, котрі впроваджують політику на всіх рівнях. То ризики по перше виникають на рівні таких органів як: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України, Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти в Україні.

## **РОЗДІЛ 3. Виклики та рекомендації щодо формування ринків медичних послуг та управління медсестринською діяльністю в Україні.**

### **3.1. Виклики, щодо формування ринку медичних послуг в Україні.**

Ринок медичних послуг в Україні формується через взаємодію держави, медичних закладів та споживачів послуг. Україна має загальнодержавну систему охорони здоров'я, яка фінансується з державного бюджету та обов'язкового медичного страхування. Держава визначає рівень оплати медичних послуг, що надаються в рамках цієї системи.

Однак, крім державної системи, існує приватний сектор медичних послуг, який фінансується за рахунок приватних інвестицій та платежів клієнтів. Приватні медичні заклади можуть надавати ширший спектр послуг та забезпечити більший комфорт для потреби за додаткову плату. В Україні наявні державні програми, які спрямовані на підвищення якості та доступності медичних послуг. Наприклад, програма медичних гарантій, яка включає безкоштовну медичну допомогу в державних закладах для певних категорій населення, таких як пенсіонери, діти та особи з інвалідністю.

Також важливо зазначити, що ринок медичних послуг в Україні стоїть поруч із проблемами, такими як низький рівень оплати медичних працівників, недостатнє фінансування медичних закладів, корупція та недостатній рівень якості послуг. Для покращення ситуації в цій сфері потрібно прийняти ефективні заходи, спрямовані на підвищення якості та доступності медичної допомоги для всіх громадян. Реформування системи охорони здоров'я фактично передбачає зміну моделі та інституційних перетворень. Ринок медичних послуг в Україні формується з урахуванням багатьох чинників, зокрема:

- *Державна регуляторна політика:* уряд ухвалює законодавчі акти та приймає рішення щодо фінансування медичної сфери, що безпосередньо впливає на розвиток ринку медичних послуг.

- *Конкуренція:* у зв'язку зі зростанням кількості медичних закладів та послуг з'являється конкуренція між ними. Конкуренція між медичними закладами формується за допомогою різних факторів, таких як рівень технічного оснащення, якість надання медичних послуг, кваліфікація медичного персоналу, розташування та доступність для пацієнтів, цінова політика, рекламні та маркетингові стратегії, репутація та рівень довіри серед населення та інші. Крім того, конкуренція може змінюватися в залежності від ринкових умов, таких як зміни регулювання ринку медичних послуг, збільшення або зменшення попиту на певні медичні послуги, зміна соціально-економічної ситуації в країні тощо. У результаті конкуренції медичні заклади стимулюються до постійного вдосконалення своєї діяльності та забезпечення високої якості медичних послуг, що в свою чергу сприяє покращенню здоров'я населення. Це спонукає заклади до вдосконалення своєї роботи, підвищення якості надання послуг та зниження цін.
- *Попит на медичні послуги:* залежно від потреб та попиту на наявні медичні послуги, відбувається формування ринку медичних послуг. Ринок розвивається, коли з'являються нові послуги, які відповідають потребам населення. Попит на медичні послуги формується залежно від потреб населення в медичному обслуговуванні та доступності медичних послуг. Деякі фактори, що впливають на формування попиту на медичні послуги, включають:
  - Демографічні чинники: наявність старіючого населення та збільшення частки людей з хронічними захворюваннями.
  - Соціально-економічні чинники: рівень доходів населення, доступність медичного страхування та інші фактори, що впливають на фінансову здатність отримати медичні послуги.
  - Науково-технічні чинники: зростання можливостей діагностики та лікування, розвиток нових технологій та методів лікування.



Психологічні чинники: свідомість населення про необхідність попереднього медичного обстеження та профілактики захворювань, а також довіра до медичних послуг та фахівців.

Юридичні чинники: законодавство, що регулює страхування, медичну допомогу та відповідальність медичних працівників.

Отже, попит на медичні послуги формується під впливом різноманітних факторів, і розвиток медичного ринку залежить від того, наскільки вдалим є поєднання цих чинників

- *Економічна ситуація:* стан економіки країни також впливає на розвиток ринку медичних послуг. Відсутність стабільності в економіці може призвести до зменшення фінансування медичних закладів та послуг, що знижує рівень їх надання та якості. Фінансування: Якщо економіка країни зростає, то зазвичай збільшується бюджет на охорону здоров'я, що може призвести до збільшення фінансування медичних закладів та послуг. З іншого боку, якщо економіка країни зазнає спаду, то може зменшуватись фінансування охорони здоров'я, що може призвести до скорочення обсягів медичних послуг та погіршення їх якості.

Рівень доходів населення: Розвиток ринку медичних послуг може залежати від рівня доходів населення. Якщо населення має достатні доходи, то вони можуть дозволити собі користуватись дорогими медичними послугами та допомогою, що може стимулювати розвиток ринку медичних послуг. З іншого боку, якщо рівень доходів населення знижується, то може зменшуватись попит на дорогі медичні послуги та збільшуватись попит на більш доступні.

Регулювання державою: Держава може впливати на розвиток ринку медичних послуг через свою політику та регулювання. Наприклад, держава може встановлювати обмеження на ціни на медичні послуги, стимулювати розвиток приватної медицини, сприяти впровадженню новітніх технологій в медицині тощо. Попит та пропозиція: Розвиток

ринку медичних послуг також залежить від співвідношення між попитом та пропозицією на ці послуги. Якщо попит на медичні послуги зростає.

- *Регулювання ринку:* на ринку медичних послуг діють правила та норми, які регулюють його функціонування. Наприклад, уряд може встановлювати певні обмеження на рекламу медичних послуг, вимагати від закладів дотримання певних стандартів якості та безпеки. Ринок медичних послуг в Україні регулюється законодавчими та нормативними актами, які визначають правила і умови надання медичних послуг. Найважливішими законами є: Закон України "Про охорону здоров'я" - визначає загальні принципи організації та фінансування системи охорони здоров'я в Україні; Закон України "Про лікарські засоби" - регулює виробництво, реєстрацію, зберігання та реалізацію лікарських засобів; Закон України "Про медичну практику" - визначає правила та умови надання медичних послуг; Закон України "Про захист прав споживачів" - регулює права та обов'язки споживачів медичних послуг; Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Правил надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я" - встановлює правила надання медичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я. Також існують різні міжнародні стандарти та рекомендації, які впливають на регулювання ринку медичних послуг в Україні, такі як стандарти Європейської асоціації медичних сестер (European Nurses Association), Світової організації охорони здоров'я (WHO) та інших.

Загалом, ринок медичних послуг в Україні формується під впливом багатьох факторів та є досить динамічним.

Медсестринський менеджмент відіграє важливу роль у функціонуванні медичного ринку України. Його розвиток допомагає покращити якість та ефективність медичних послуг, забезпечує оптимальне використання ресурсів та збільшує конкурентоспроможність медичних установ.

Медсестринський менеджмент забезпечує ефективне управління процесами надання медичних послуг, оптимізує використання трудових, матеріальних та фінансових ресурсів. Він також сприяє вдосконаленню організації роботи медичного персоналу, що дозволяє забезпечити належну якість медичних послуг та задоволення потреб пацієнтів.

При розвитку медсестринського менеджменту важливо враховувати потреби та очікування пацієнтів, а також новітні технології та стандарти у галузі медичної допомоги. Впровадження інноваційних методів та підходів допомагає підвищити ефективність медичного ринку та забезпечити високу якість медичних послуг для пацієнтів. Медсестринський менеджмент включає в себе розробку та виконання стратегічних та оперативних планів дій, організацію медичних процедур та роботу з медичним персоналом. У цьому процесі сестра/брат медичні -менеджери можуть використовувати різноманітні засоби та методи, такі як планування бюджету, розвиток програм навчання для медсестринського персоналу, забезпечення дотримання стандартів медичної практики та багато іншого. Вони можуть працювати у будь-яких медичних установах, включаючи лікарні, клініки, амбулаторії, лікувальні заклади для літніх людей та інші. Оскільки, відіграють важливу роль у забезпеченні якісної медичної допомоги та забезпеченні безпеки пацієнтів.

Основними завданнями медсестринського менеджменту є ефективне використання ресурсів, забезпечення якості медичної допомоги та забезпечення ефективної комунікації між медичним персоналом та пацієнтами

На нашу думку, основними складовими медсестринського менеджменту є наступні:

- Планування: встановлення мети, визначення завдань та розробка стратегій для їх виконання.
- Організація: створення структури, підрозділів, розподіл обов'язків, встановлення процедур та правил роботи.

- Керування: контроль за виконанням плану, координація роботи медичного персоналу, підтримка мотивації, вирішення конфліктів.
- Моніторинг: оцінка результатів роботи, аналіз ефективності дій, виявлення проблем та вдосконалення процесу.
- Забезпечення якості: контроль за дотриманням стандартів допомоги, вирішення питань безпеки пацієнтів та робочого простору, підвищення кваліфікації медичного персоналу.
- Фінансовий менеджмент: планування та контроль за витратами, бюджетування, збільшення ефективності використання ресурсів.
- Лідерство: створення сприятливої атмосфери, розвиток комунікації та співпраці в колективі, стимулювання та розвиток потенціалу медичного персоналу.

Ці складові допомагають керівникам медичних закладів забезпечити високий рівень медичної допомоги та забезпечити ефективну роботу медичного персоналу.

Комунікація між медичним персоналом є важливою складовою ефективною медичної практики. Нижче наведено деякі загальні поради щодо комунікації між медичним персоналом:

- Будьте чесними і відкритими у своїй комунікації. Якщо ви не впевнені в своїх знаннях або діагнозі, краще це визнати і запросити додаткову допомогу.
- Використовуйте чітке та зрозуміле мовлення. Уникайте складних термінів і медичної жаргонної лексики, яку можуть не розуміти інші члени медичного персоналу.
- Слухайте уважно своїх колег і проявляйте повагу до їхніх думок та переконань. Важливо пам'ятати, що кожен має свій власний досвід та знання.

- Підтримуйте відкриту лінію комунікації між всіма членами медичного персоналу. Це дозволить забезпечити ефективну координацію дій та вчасну реакцію на надзвичайні ситуації.
- Будьте готові використовувати різні форми комунікації в залежності від ситуації. Наприклад, використовуйте особисті зустрічі для важливих розмов або електронну пошту для швидкої обміну інформацією.
- Не забувайте про конфіденційність медичної інформації. Завжди дотримуйтеся вимог законодавства та політики вашої медичної установи.

Комунікативні навички грають дуже важливу роль у медсестринстві, оскільки вони є ключовим фактором для забезпечення ефективної комунікації між медичними працівниками, пацієнтами та їх родичами. Ось деякі комунікативні навички, які є важливими для сестер/братів медичних:

- Емпатія. Емпатія - це здатність почувати та розуміти емоції та почуття інших людей. У медсестринстві важливо бути емпатичним до пацієнтів та їх родичів, щоб допомогти їм відчувати підтримку та розуміння.
- Слухання. Важливо вміти слухати пацієнтів та їх родичів та проявляти зацікавленість у їхніх проблемах та потребах. Це може допомогти виявити симптоми або потреби, які можуть бути пропущені при поверхневому спілкуванні.
- Кларифікація. Важливо уточнювати інформацію, яку пацієнт або його родич надають, щоб переконатися, що вона зрозуміла та щоб уникнути можливих недорозумінь. Під час кларифікації медичної інформації медсестра уточнює та перевіряє інформацію, яку отримала від лікаря, пацієнта або інших медичних працівників. Наприклад, медсестра може запитати пацієнта про його скарги, щоб уточнити, коли саме вони з'явилися, що саме болить, як сильно то болить, тощо. Також, медсестра може уточнити, які ліки були призначені пацієнту, дозування, графік прийому тощо. Кларифікація допомагає медсестрі збільшити точність та якість медичного документування, що є важливим для безпеки пацієнта

та уникнення можливих помилок в лікуванні. Також, ця навичка допомагає медсестрі встановлювати гарні стосунки з пацієнтами та їх родичами, оскільки вона виявляє інтерес до їхніх потреб та прагнень, що допомагає збільшити рівень довіри.

- Використання зрозумілого мовлення. Медичні терміни та термінологія можуть бути складними для розуміння пацієнтів, тому важливо використовувати зрозумілу мову та пояснювати терміни та процедури в доступній формі.
- Відповідність. Важливо дотримуватися принципу відповідності, коли комунікуєте з пацієнтом або його родичами. Наприклад, комунікація з дітьми може вимагати використання ігрових та розважальних методів та форм[32].

Сестри/брати медичні відіграють важливу роль у забезпеченні якості медичної допомоги та її управлінні. Для досягнення високої якості медичної допомоги вони мають бути відповідальними за виконання своїх обов'язків, дотримуватися стандартів надання медичної допомоги, професійно розвиватися та використовувати сучасні технології в своїй роботі. Медичний персонал відповідає за оцінку стану пацієнта, збір та аналіз даних, надання допомоги пацієнтам та дотримання медичних стандартів. Вони також відповідають за моніторинг пацієнтів, ведення документації, забезпечення безпеки пацієнтів та виконання інших завдань, які допомагають забезпечити якість медичної допомоги. Крім того, сестри/брати медичні мають важливу роль у управлінні медичною допомогою. Вони співпрацюють з лікарями, іншим медичним персоналом та адміністративним персоналом, щоб забезпечити ефективну та ефективну надання медичної допомоги. А також можуть брати участь у розробці та впровадженні політик та процедур, які сприяють покращенню якості медичної допомоги. Отже, роль сестер/ братів медичних у забезпеченні якості медичної допомоги та її управління полягає в їх відповідальності за виконання своїх обов'язків та дотримання медичних стандартів, участі в

моніторингу пацієнтів, забезпечення безпеки пацієнтів та управлінні медсестринським персоналом.

Нами проаналізовано наукові джерела, а саме : журнали з медичної та медсестринської тематики, такі як "Journal of Nursing Management", "Journal of Healthcare Management", "Nursing Economics", "Journal of Nursing Education and Practice" та інші; Наукові першоджерела з управління персоналом в медичних закладах, такі як "Human Resource Management in Health Care: Principles and Practice", "Effective Leadership and Management in Nursing", "Nursing Management Principles and Practice", "Essentials of Nursing Leadership and Management"; Наукові статті та дослідження, проведені відомими науковцями в галузі управління персоналом в медичних закладах, які висвітлені в "The Impact of Nurse Staffing on Quality of Care", "Effective Nurse Leadership: A Reflective Approach", "Nurse Managers' Challenges and Opportunities: A Review of the Literature"; Звіти та дослідження, проведені урядовими органами та організаціями з охорони здоров'я, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародна Рада Медсестер (ICN), Національний інститут з питань охорони здоров'я, де висвітлені найкращі практики управління персоналом в медичних закладах на прикладі медсестринської професії. Нами встановлено, що потрібно акцентувати свою увагу на наступних параметрах з метою впровадження в медсестринство в Україні, а саме:

1. Систематично проводити Огляд та аналіз наукових, літературних джерел та законодавства з питань управління персоналом в медичних закладах, зокрема щодо медсестринської професії.
2. Здійснювати збір даних про практику управління персоналом в медичних закладах, в тому числі через опитування сестер/братів медичних та керівників закладів.
3. Аналізувати отримані дані, визначати головні проблеми управління персоналом в медичних закладах, зокрема в медсестринській професії.

4. Розробляти пропозиції щодо покращення управління персоналом в медичних закладах, включаючи впровадження нових підходів до навчання та підвищення кваліфікації сестер/братів медичних, для забезпечення їхньої мотивації та задоволеності роботою.
5. Підготовка рекомендацій для керівників медичних закладів та владних органів щодо поліпшення управління персоналом, в тому числі у медсестринській професії.

Такий аналіз дає змогу покращити управління персоналом в медичних закладах, забезпечити високу якість медичної допомоги та підвищити мотивацію сестер/братів медичних.

### **3.2. Практичні рекомендації щодо удосконалення управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я.**

В умовах постійного розвитку та змін в системі охорони здоров'я, ефективне управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я є ключовим фактором для забезпечення високої якості медичної допомоги та задоволення потреб пацієнтів. На жаль, в Україні досить часто спостерігається відсутність чіткої стратегії управління медсестринською діяльністю, яка призводить до неефективного використання ресурсів та неякісного надання медичної допомоги.

У цьому розділі будуть представлені практичні рекомендації щодо удосконалення управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я, які базуються на аналізі світового та вітчизняного досвіду та враховують специфіку української медичної системи. Ці рекомендації можуть бути використані як керівництвом закладів охорони здоров'я, так і медсестрами для удосконалення своєї професійної діяльності. Важливо пам'ятати, що ефективне управління медсестринською діяльністю є взаємодією між керівництвом та медичним персоналом, яка повинна бути спрямована на



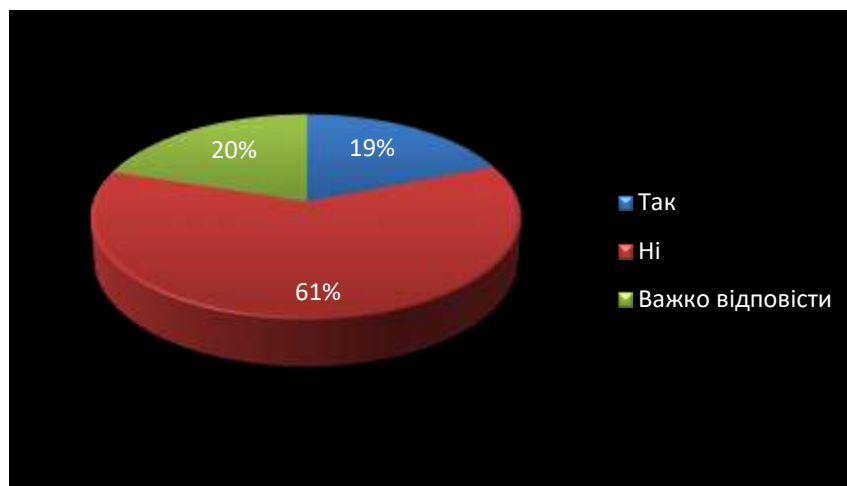
досягнення спільної мети - надання якісної та доступної медичної допомоги населенню.

З метою дослідження удосконалення управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я Львівської області, нами розроблено авторський, анонімний опитувальник для практикуючих сестер/братів медичних. В опитувальнику брало участь 537 респондентів, які працюють у закладах охорони здоров'я. Розроблений опитувальник містив десять запитань.

Перший блок питань стосувався основних проблем в управлінні медсестринським персоналом. Нами отримані наступні результати:

- Чи достатня кількість медсестринського персоналу у вашому відділенні ЗОЗ?

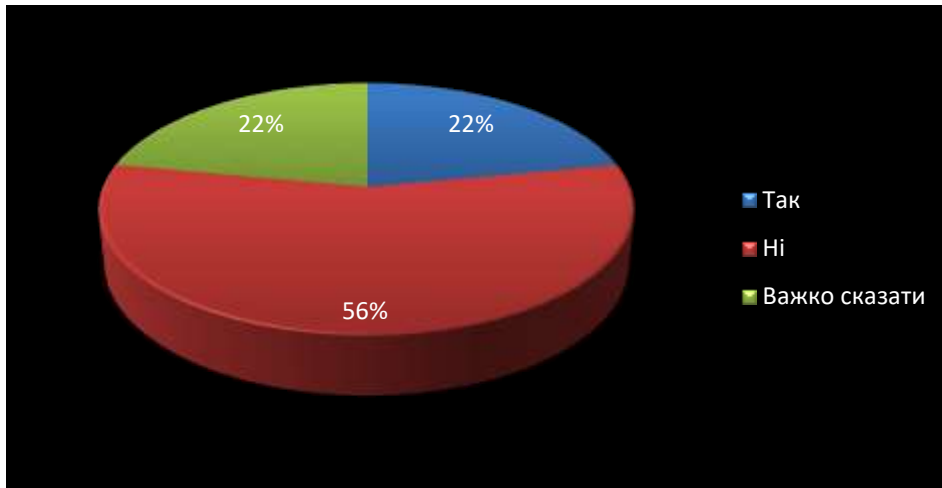
Рис.1



З секторної діаграми можна зробити наступний висновок: недостатня кількість сестер/братів медичних в закладах охорони здоров'я Львівської області. В Україні бракує кваліфікованого медсестринського персоналу, що може призвести до перевантаження працівників та погіршення якості медичної допомоги.

- Чи задовольняє Вас ваша заробітна плата?

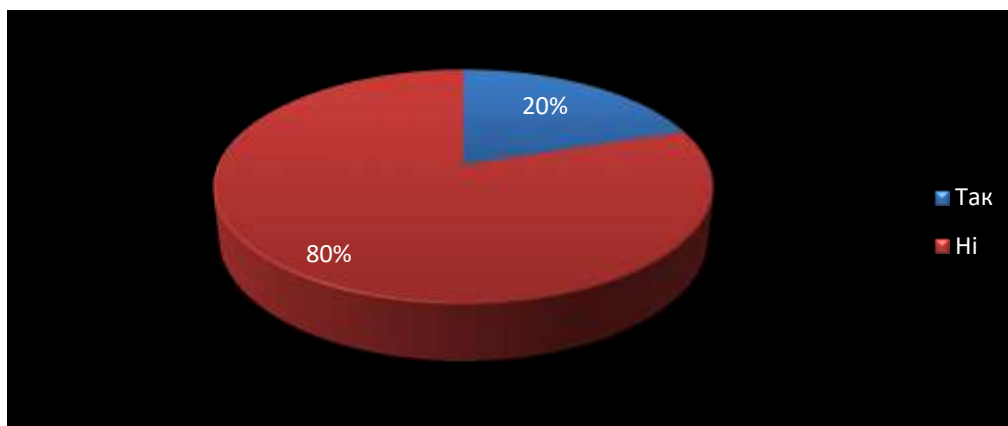
Рис.2



З даної секторної діаграми 56 % респондентів не задовольняє рівень заробітної плати, що може стати причиною низької мотивації та відповідно погіршення якості надання медсестринської медичної допомоги.

- Чи ефективна організація робочого часу у вашому відділенні ЗОЗ?

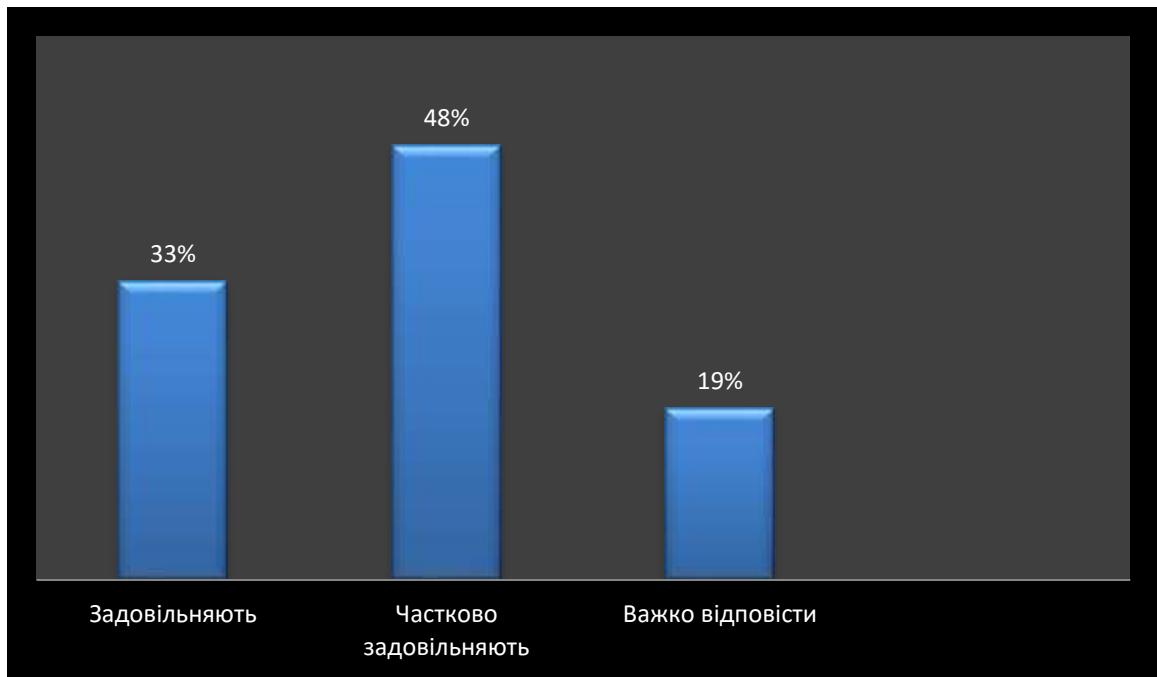
Рис.3



80 % респондентів вважають, що організація робочого часу є неефективною. Неадекватна організація робочого часу. Заклади охорони здоров'я часто вимушені дотримуватися обмежень у складі персоналу, що призводить до необхідності перерозподілу робочих годин та підвищення навантаження на сестер/братів медичних.

- Чи задовільняють вас пропозиції щодо підвищення вашого рівня кваліфікації?

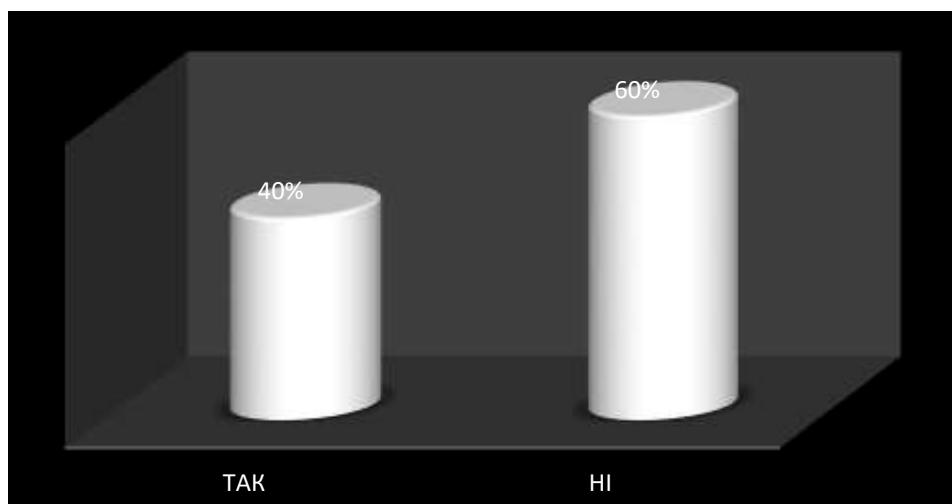
Рис.4



48 % респондентів частково задовільняють пропозиції щодо підвищення рівня кваліфікації. На нашу думку компетентнісні вимоги до сестер/братів медичних постійно зростають, але не завжди забезпечується достатній рівень підготовки та навчання для персоналу.

- Чи використовуються у вашому відділенні ЗОЗ сучасні новітні технології в медичній діагностиці?

Рис.5



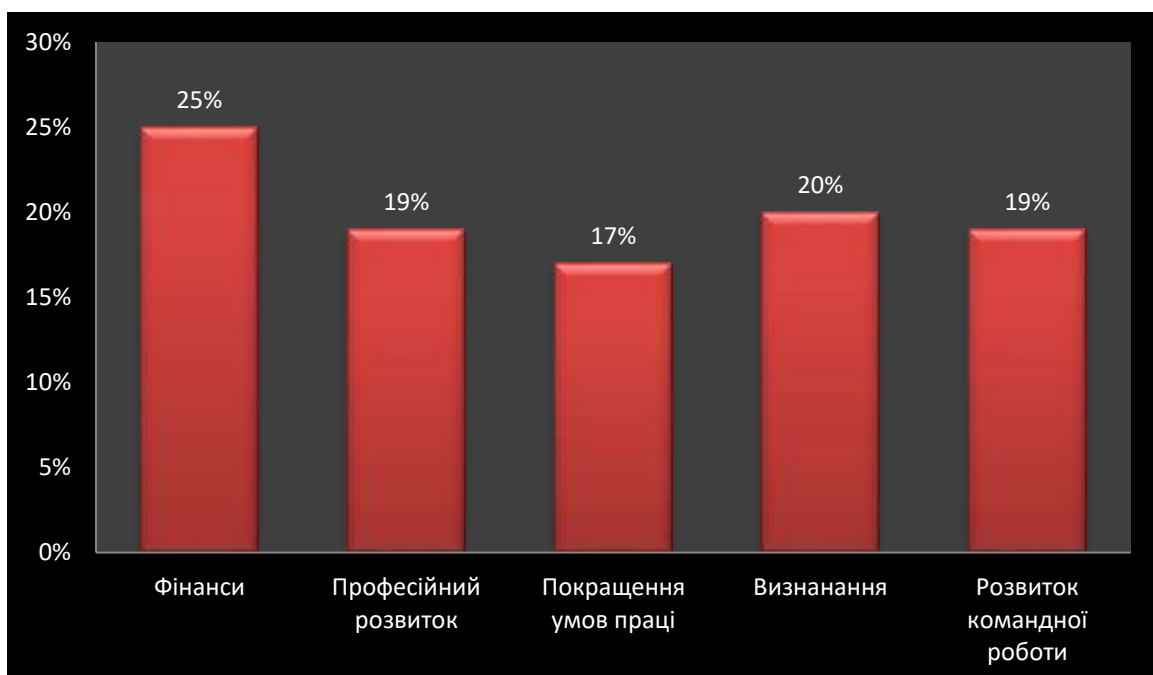
Заклади охорони здоров'я Львівської області на думку респондентів (60%) вважають, що часто залишаються позаду у використанні сучасних технологій, тим самим призводить до неефективного використання ресурсів та зниження якості медичної допомоги.

Концепція мотивації сестер/братів медичних базується на теоріях мотивації та управління людськими ресурсами, що визнають важливість стимулювання та задоволення потреб персоналу в роботі тому другий блок в опитувальнику стосувався мотиваційна складової сестер/братів медичних на робочих місцях. Цей блок опитувальника мав на меті зібрати дані про чинники, які мотивують сестер/братів медичних, та надати рекомендації щодо вдосконалення мотиваційних програм в закладах охорони здоров'я Львівської області.

Другий блок питань стосувався основних мотиваційних складових в управлінні медсестринським персоналом. Нами отримані наступні результати:

- Які методи мотивації та стимулювання працівників ви вважаєте найефективнішими?

Рис. 6



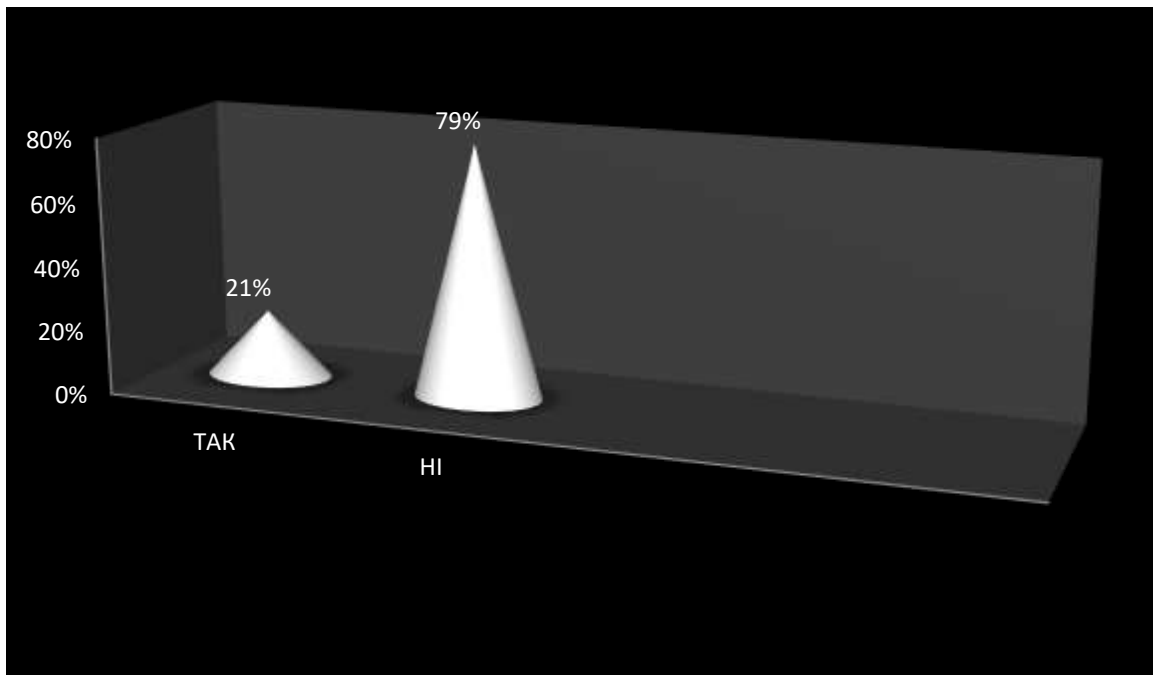
Аналізуючи дану стовпчикову діаграму можна констатувати, що фінансова мотивація (25 %) це є збільшення заробітної плати, премії та бонуси за досягнення певних цілей або виконання завдань; професійний розвиток (19%)- надання можливостей для навчання та отримання нових кваліфікацій, підвищення рівня компетентності, участь у семінарах, конференціях та інших подіях, які допоможуть розвивати професійні навички; покращення умов праці (17%) - забезпечення сестер/братів медичних необхідними ресурсами та обладнанням для виконання своїх обов'язків, забезпечення комфортної та безпечної робочої обстановки; визнання (20%)- встановлення системи визнання та похвали за досягнення в роботі, збільшення ролі медичного персоналу в прийнятті рішень та забезпечення можливостей для внесення власного вкладу в поліпшення роботи закладу; розвиток командної роботи (19 %) - підтримка співпраці та комунікації між медичним персоналом, залучення до роботи над спільними проектами та ініціативами.

Загальний висновок щодо методів мотивації сестер/братів медичних полягає в тому, що ефективна мотивація є ключовим фактором у підвищенні рівня задоволеності працівників, покращенні якості надання медичної допомоги та зменшенні ризику помилок у роботі. Серед методів мотивації можна виділити матеріальну та нематеріальну мотивацію, а також можливість професійного розвитку, підвищення кваліфікації та створення комфортних умов праці. Важливо забезпечити взаємодію між адміністративним медежментом та медичним персоналом, а також забезпечити систематичну інформаційну та методичну підтримку сестер/братів медичних.

- Чи є у вашому закладі система оцінки результативності працівників?

Ри

с.7



Дана стовпчикова діаграма свідчить про те, що в закладах охорони здоров'я Львова та Львівської області приділяється мало уваги щодо оцінки результативності працівників. Лише 21% респондентів відповіли, що у їхніх ЗОЗ проводиться рейтингування медичного персоналу. На нашу думку це призводить до зниження мотиваційних складових до виконання функціональних обов'язків медсестринського персоналу.

- Чи маєте ви пропозиції щодо удосконалення управління медсестринським персоналом в вашому закладі?

Вивчаючи пропозиції щодо удосконалення управління медсестринським персоналом можна виокремити наступні:

- покращення комунікації між адміністративним менеджментом та медичним персоналом. Спілкування та обмін інформацією між цими групами має бути відкритою та прозорою;
- визначення потреб сестер/братів медичних у професійному розвитку та організація навчання та підвищення кваліфікації на основі цих потреб;
- впровадження мотиваційних програм та створення умов для збільшення задоволеності праці та підвищення мотивації сестер/братів медичних;

- розвиток системи взаємодії між медичним персоналом, включаючи сестер/братів медичних, та пацієнтами, включаючи забезпечення комфорту та безпеки пацієнтів;
- постійне вдосконалення роботи зі збору та аналізу даних, що стосуються роботи сестер/братів медичних, з метою виявлення та вирішення проблем, що виникають.

Проаналізувавши та вивчивши результати авторського анонімного опитувальника можна надати наступні рекомендації, щодо впровадження в практичне медсестринство з метою покращення якості надання медсестринської допомоги та удосконалення управлінської діяльності шляхом впровадження різноманітних програм:

1. Програма фінансової мотивації:

- Заробітна плата: одним із головних методів фінансової мотивації є встановлення конкурентної заробітної плати. Це може бути здійснене шляхом прив'язки заробітної плати до рівня освіти, досвіду роботи, рівня кваліфікації та інших факторів.
- Премії та бонуси: медичний заклад може встановлювати преміальну систему, яка залежить від досягнення певних цілей або результатів роботи. Бонуси можуть бути надані за роботу в незвичайних умовах або за виконання додаткових завдань.
- Можливості для професійного розвитку: медичний заклад може забезпечувати фінансування для професійного розвитку та підвищення кваліфікації медичного персоналу, таких як участь у конференціях, семінарах, тренінгах, навчальних програмах тощо.
- Планування кар'єри: заклад охорони здоров'я може надавати можливості для кар'єрного зростання та розвитку, зокрема за допомогою стажування на різних посадах, забезпечення можливості здійснення дослідницької роботи тощо.

- Матеріальні пільги: заклад охорони здоров'я може забезпечувати додаткові матеріальні пільги, такі як страхування на випадок нещасного випадку, пільгове отримання медичних послуг для себе та родини, можливість скористатися засобами пільгового кредитування тощо.

## 2. Професійний розвиток:

- Курси підвищення кваліфікації - це може бути офіційний курс, який вимагає реєстрації та оплати, або неформальний курс, який може бути здійснений в режимі онлайн або у форматі воркшопу. Ці курси можуть бути спрямовані на покращення навичок медсестер в певних областях, наприклад, у догляді за хворими з певними захворюваннями або у використанні нових технологій.
- Менторинг - це програма, в якій досвідчені медичні сестри допомагають новим медсестрам в адаптації до роботи. Ментори можуть ділитися своїм досвідом та знаннями про те, як ефективно виконувати роботу та як взаємодіяти з пацієнтами та іншим медичним персоналом.
- Конференції та семінари - ці програми можуть бути організовані на різних рівнях, від місцевих до міжнародних. Вони можуть бути спрямовані на підвищення знань про нові технології, підходи та техніки догляду за пацієнтами.
- Практичні тренінги - це може бути включено у курси підвищення кваліфікації, або окремо, і є програмою, яка допомагає сестрам/братам медичним навчитися практичних навичок догляду за пацієнтами.
- Онлайн-курси та вебінари - ці програми дозволяють сестрам/братам медичним навчатися в зручний для них час та місце. Онлайн-курси можуть бути спеціально розроблені для певної області догляду за пацієнтами.



### 3.Визнання та пошана:

- Програма нагородження: Деякі заклади охорони здоров'я мають програми нагородження, які визнають досягнення сестер/братів медичних, які допомогли в покращенні якості догляду за пацієнтами та забезпеченні безпечного середовища для пацієнтів та персоналу.
- Програма "Професійний розвиток": Ця програма надає можливості для сестер/братів медичних вдосконалювати свої професійні навички та знання шляхом навчання на конференціях, семінарах та інших подіях, які сприяють розвитку професійної кар'єри.
- Програма "Менторство": Ця програма надає можливості для сестер/братів медичних працювати під керівництвом досвідченого колеги, який надає підтримку та консультації для покращення професійної діяльності.
- Програма "Розвиток лідерства": Ця програма спрямована на розвиток лідерських навичок у сестер/братів медичних та надання можливостей для участі у проєктах з покращення організації роботи в закладі охорони здоров'я. Це може допомогти розвинути навички управління та комунікації, що необхідні для розвитку кар'єри в медичній сфері.

### 4.Створення комфортних умов роботи:

- Існує кілька програм, спрямованих на створення комфортних умов праці для сестер/братів медичних. Одна з них - програма "Соціально-психологічна підтримка медичних працівників", яка передбачає забезпечення психологічної допомоги та психологічної підтримки для медичних працівників. Інша програма - "Захист здоров'я медичних працівників", метою якої є забезпечення захисту здоров'я медичних працівників шляхом підвищення рівня безпеки праці, зменшення ризику інфікування та попередження виникнення

професійних захворювань. Також існують програми з раціоналізації робочого часу, дозвілля та відпочинку для медичних працівників, що допомагають зменшити втому та покращити загальний стан здоров'я.

#### 5. Створення командного духу:

- Тренінги та семінари. Організація тренінгів та семінарів, спрямованих на розвиток комунікаційних та лідерських навичок, може допомогти створити командну співпрацю.
- Регулярні збори команди. Важливо проводити регулярні збори команди, на яких обговорюються плани роботи, проблеми, які виникають на робочому місці, та знаходяться спільні рішення.
- Взаємодія з іншими професійними групами. Взаємодія з іншими медичними працівниками, такими як лікарі та фармацевти, може сприяти взаємному розумінню та співпраці в команді.
- Розвиток корпоративної культури. Створення корпоративної культури, яка сприяє командній роботі та взаємному довірі, може бути важливим фактором в успішному функціонуванні команди медичних працівників.
- Регулярні навчання та підвищення кваліфікації. Регулярне навчання та підвищення кваліфікації можуть сприяти розвитку командних навичок та зміцненню команди медичних працівників.

### Висновки до розділу 3

На нашу думку, правильно побудована система мотивації, може сприяти підвищенню ефективності та якості надання медичних послуг, збільшенню задоволеності персоналу роботою та зниженню штатної текучості кадрів. Тому важливо проводити регулярний аналіз та оцінку мотиваційних факторів, що впливають на медичний персонал, розробляти та імплементувати у практику ефективні мотиваційні програми.

Задача мотиваційної програми для сестер/братів медичних полягає у створенні умов, що сприяють їхньому професійному зростанню та задоволенню роботою. Для досягнення цього необхідно зрозуміти, що саме мотивує медичний персонал та які чинники впливають на їхню ефективність. У цьому контексті важливо провести дослідження щодо мотивації сестер/братів медичних в Україні. Ваші відповіді є дуже важливим джерелом інформації для розуміння потреб сестер/братів медичних та створення ефективних мотиваційних програм.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі нами досліджено та проаналізовано історико-ретроспективний аналіз менеджменту закладів охорони здоров'я України, а також менеджмент в закладах охорони здоров'я та система управління кадровими ресурсами. Досліджено виклики щодо формування ринків медичних послуг та управління медсестринською діяльністю в Україні та надані авторські рекомендації.

Отже, є всі підстави зробити узагальнюючі висновки:

- Проаналізувавши наукові погляди вітчизняних та зарубіжних теоретиків і практиків, можна сказати, що вкрай важливою проблемою в Україні й надалі є відсутність єдиного напрямку розвитку нашої держави у сфері сестринської справи. А також, дуже повільно просувається реформування галузі, що призводить до відсутності єдиного політичного бачення, щодо покращення функціональних обов'язків та оплати праці медичним працівникам відповідно до отриманого рівня освіти, яке є прямозалежним.
- Дослідивши комунікаційну складову між управлінським менеджментом та практичним медсестринством через призму нормативно-правової бази можна констатувати, що для забезпечення фактичної реалізації програми розвитку медсестринства необхідно удосконалення вищої професійної освіти, покращити роботу медсестринської служби та удосконалити організацію роботи та кадрової політики, підвищити значимість сестри медичної та медичного брата у системі охорони здоров'я, забезпечити якісною нормативно-правовою базою сферу професійної діяльності, налагодити комунікативні інформаційні ресурси, сприяти активному розвитку професійних сестринських об'єднань та асоціацій та для забезпечення безперервного професійного розвитку налагодити систему обміном досвіду з європейськими країнами та іншими країнами світу.

- Вивчивши потреби пацієнта та практичних сестер/братів медичних через медсестринський менеджмент можна констатувати, що здоров'я людини – це ресурс від якого залежить її благополуччя. Коли здоров'я людини порушується це приводить до прагнення виправити ситуацію в найбільш короткий термін та на найбільш комфортних умовах. Така людина і є пацієнтом. Інтерес пацієнта – за найбільш короткий проміжок часу повернути втрачене. Інтерес медичного персоналу – задовільнити потребу пацієнта якомога швидше таким чином, щоб пацієнт, у разі необхідності, повернувся саме до цього закладу охорони здоров'я . Інтерес закладу охорони здоров'я витратити на лікування кожного пацієнта якомога менше ресурсу. І звідси впливає головна мета менеджера – скоординувати роботу закладу таким чином, щоб інтереси пацієнта, медичного персоналу та лікарні були задоволені в повній мірі без утиску інтересів жодної зі сторін. Досліджуючи дану проблематику можна зробити наступні висновки що ефективний менеджмент закладів охорони здоров'я прямо пропорційно пов'язаний з кадровим потенціалом і має низку питань, які потрібно вирішувати щоденно. Тому до викликів впровадження політики можна віднести додаткові інвестиції, неготовність медсестринської спільноти до саморегуляції, недостатня спроможність державних регуляторних інституцій. Імплементация вперш за все залежить від виконавців, котрі впроваджують політику на всіх рівнях. То ризики по перше виникають на рівні таких органів як: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України, Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти в Україні.
- Дослідивши мотиваційну складову практичних сестер/братів медичних у ЗОЗ м. Львова та Львівської області з метою покращення якості надання медсестринської допомоги та удосконалення управлінської діяльності та надати рекомендації до впровадження:

## 1.Програма фінансової мотивації:

- Заробітна плата: одним із головних методів фінансової мотивації є встановлення конкурентної заробітної плати. Це може бути здійснене шляхом прив'язки заробітної плати до рівня освіти, досвіду роботи, рівня кваліфікації та інших факторів.
- Премії та бонуси: медичний заклад може встановлювати преміальну систему, яка залежить від досягнення певних цілей або результатів роботи. Бонуси можуть бути надані за роботу в незвичайних умовах або за виконання додаткових завдань.
- Можливості для професійного розвитку: медичний заклад може забезпечувати фінансування для професійного розвитку та підвищення кваліфікації медичного персоналу, таких як участь у конференціях, семінарах, тренінгах, навчальних програмах тощо.
- Планування кар'єри: заклад охорони здоров'я може надавати можливості для кар'єрного зростання та розвитку, зокрема за допомогою стажування на різних посадах, забезпечення можливості здійснення дослідницької роботи тощо.
- Матеріальні пільги: заклад охорони здоров'я може забезпечувати додаткові матеріальні пільги, такі як страхування на випадок нещасного випадку, пільгове отримання медичних послуг для себе та родини, можливість скористатися засобами пільгового кредитування тощо.

## 2.Професійний розвиток:

- Курси підвищення кваліфікації - це може бути офіційний курс, який вимагає реєстрації та оплати, або неформальний курс, який може бути здійснений в режимі онлайн або у форматі воркшопу. Ці курси можуть бути спрямовані на покращення навичок медсестер в певних

областях, наприклад, у догляді за хворими з певними захворюваннями або у використанні нових технологій.

- **Менторинг** - це програма, в якій досвідчені медичні сестри допомагають новим медсестрам в адаптації до роботи. Ментори можуть ділитися своїм досвідом та знаннями про те, як ефективно виконувати роботу та як взаємодіяти з пацієнтами та іншим медичним персоналом.
- **Конференції та семінари** - ці програми можуть бути організовані на різних рівнях, від місцевих до міжнародних. Вони можуть бути спрямовані на підвищення знань про нові технології, підходи та техніки догляду за пацієнтами.
- **Практичні тренінги** - це може бути включено у курси підвищення кваліфікації, або окремо, і є програмою, яка допомагає сестрам/братом медичним навчитися практичних навичок догляду за пацієнтами.
- **Онлайн-курси та вебінари** - ці програми дозволяють сестрам/братом медичним навчатися в зручній для них час та місце. Онлайн-курси можуть бути спеціально розроблені для певної області догляду за пацієнтами.

### 3.Визнання та пошана:

- **Програма нагородження:** Деякі заклади охорони здоров'я мають програми нагородження, які визнають досягнення сестер/братів медичних, які допомогли в покращенні якості догляду за пацієнтами та забезпеченні безпечного середовища для пацієнтів та персоналу.
- **Програма "Професійний розвиток":** Ця програма надає можливості для сестер/братів медичних вдосконалювати свої професійні навички та знання шляхом навчання на конференціях, семінарах та інших подіях, які сприяють розвитку професійної кар'єри.

- Програма "Менторство": Ця програма надає можливості для сестер/братів медичних працювати під керівництвом досвідченого колеги, який надає підтримку та консультації для покращення професійної діяльності.
- Програма "Розвиток лідерства": Ця програма спрямована на розвиток лідерських навичок у сестер/братів медичних та надання можливостей для участі у проєктах з покращення організації роботи в закладі охорони здоров'я. Це може допомогти розвинути навички управління та комунікації, що необхідні для розвитку кар'єри в медичній сфері.

#### 4. Створення комфортних умов роботи:

- Існує кілька програм, спрямованих на створення комфортних умов праці для сестер/братів медичних. Одна з них - програма "Соціально-психологічна підтримка медичних працівників", яка передбачає забезпечення психологічної допомоги та психологічної підтримки для медичних працівників. Інша програма - "Захист здоров'я медичних працівників", метою якої є забезпечення захисту здоров'я медичних працівників шляхом підвищення рівня безпеки праці, зменшення ризику інфікування та попередження виникнення професійних захворювань. Також існують програми з раціоналізації робочого часу, дозвілля та відпочинку для медичних працівників, що допомагають зменшити втому та покращити загальний стан здоров'я.

#### 5. Створення командного духу:

- Тренінги та семінари. Організація тренінгів та семінарів, спрямованих на розвиток комунікаційних та лідерських навичок, може допомогти створити командну співпрацю.



- Регулярні збори команди. Важливо проводити регулярні збори команди, на яких обговорюються плани роботи, проблеми, які виникають на робочому місці, та знаходяться спільні рішення.
- Взаємодія з іншими професійними групами. Взаємодія з іншими медичними працівниками, такими як лікарі та фармацевти, може сприяти взаємному розумінню та співпраці в команді.
- Розвиток корпоративної культури. Створення корпоративної культури, яка сприяє командній роботі та взаємному довірі, може бути важливим фактором в успішному функціонуванні команди медичних працівників.
- Регулярні навчання та підвищення кваліфікації. Регулярне навчання та підвищення кваліфікації можуть сприяти розвитку командних навичок та зміцненню команди медичних працівників.

Сформулюємо основні висновки : на нашу думку, правильно побудована система мотивації, може сприяти підвищенню ефективності та якості надання медичних послуг, збільшенню задоволеності персоналу роботою та зниженню штатної текучості кадрів. Тому важливо проводити регулярний аналіз та оцінку мотиваційних факторів, що впливають на медичний персонал, розробляти та імплементувати у практику ефективні мотиваційні програми. Задача мотиваційної програми для сестер/братів медичних полягає у створенні умов, що сприяють їхньому професійному зростанню та задоволенню роботою. Для досягнення цього необхідно зрозуміти, що саме мотивує медичний персонал та які чинники впливають на їхню ефективність.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Георгиевский А. С. Репрессии против руководителей медицинской службы Красной Армии в 30-е годы / А. С. Георгиевский, Н. Ф. Шалаев // Военно-медицинский журнал. – М., 1992. – № 2
2. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – М. : Воениздат, 1991. – Т. 1. – С. 32–183.
3. Радиш Я. Ф. Історія військової медицини : навч. посіб. / Я. Ф. Радиш. –К., 1997. – 148 с.
4. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
5. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та світі. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 15. С. 88–92.
6. Резолюція Асамблеї ВООЗ 42.27 42 сесії ВВОЗ (1989), URL: <http://www.who.dk/document/e71523R.pdf>
7. Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4 (11). – С.25–30.
8. Безкоровайна У.Ю. Удосконалення механізмів державного регулювання надання медичної допомоги і послуг середнім медичним персоналом в Україні: дис. канд. наук з держ упр: 25.00.02 Запоріжжя, 2018 с.208
9. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку// Державне управління: удосконалення та розвиток № 2, 2013- URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>
10. Пащенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – К., 2002. – 478с.
11. Голяченко О.М. Реорганізація української охорони здоров'я в умовах перехідного періоду / О.М. Голяченко // Проблеми формування регіональної

- політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наук. конф. Частина II. / За ред. В.О. Колоденка. – Одеса: ОФ УАДУ, 2001. – С. 53-62.
12. Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів // Упоряд. і наук. ред. Н.Б. Болотіна. – К.: Видавничий Дім “Ін Юре”, 2001. – 412 с.
13. Перетяка О. Регіональна охорона здоров'я: підходи до реорганізації управління медичною допомогою // Підвищення ефективності державного управління, стан, перспективи та світовий досвід. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – С.169–179.
14. Голяченко О.М. Проблеми фінансування української здравоохорони в історичному аспекті / О.М. Голяченко, А.О. Голяченко // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі.
15. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%25D1%2580#Text>
16. Веткина О. А. Пути оптимизации деятельности среднего медицинского персонала отделений лучевой диагностики в современных условиях : дисс. канд. мед. наук / О. А. Веткина. – СПб., 2009. – 171 с
17. Ваше здоров'я. МОЗ створив «Центр розвитку медсестринства» URL: <https://www.vz.kiev.ua/moz-stvoryv-tsentr-rozvytku-medsestrynstva/>
18. URL: [http://www.business-inform.net/export\\_pdf/business-inform-2016-1\\_0-pages190\\_194.pdf](http://www.business-inform.net/export_pdf/business-inform-2016-1_0-pages190_194.pdf)
19. Законопроект України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" // URL: <http://www.rada.gov.ua>
20. Про затвердження державних нормативних потреб у стаціонарній медичній допомозі у розрахунку на 10 тис. населення: Постанова Кабінету Міністрів України №640 від 28.06.17р. // URL: <http://www.rada.gov.ua> .
21. Бакуменко В.Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Моногр. – К.: Вид-во УАДУ, 2012. – 245 с.
22. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.

- 23.Шегедин, Я. (2017). Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства . Ефективність Державного Управління. , 1(51), 129–137. Retrieved January 2, 2020, from URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/)
- 24.Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років: URL: <http://WWW.APTEKA.UA/ARTICLE/327094>
- 25.Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. — К.: НІСД, 2012. — 35 с.
26. Банчук М.В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, Т.І. Чернишенко // Український науково-практичний журнал // Магістр медсестринства. — Житомир: Полісся.— 2008. Вип. 1. — С. 18—21.
- 27.Доклад "Мировая статистика здравоохранения" URL: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf)
- 28.Buchan J. and Calman L. Skill6mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. —Paris: OECD, 2005. 63 p. Karlberg, I. at al. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries. — Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. — 181 p.
- 29.Petro W., Schulenburg J., Greiner W. et al./ Effizienzeines Disease Management Programmesbei Asthma // Pneumologie. — 59. — 10167.2005.
- 30.URL: <https://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html>
- 31.Boštjančič E and Slana Z (2018) The Role of Talent Management Comparing Medium-Sized and Large Companies – Major Challenges in Attracting and Retaining Talented Employees. Front. Psychol. 9:1750. URL: doi: 10.3389/fpsyg.2018.01750.
- 32."Nurse-patient communication in palliative care: An integrative review" (2020) by Rebecca L. Hodges, Mary E. McCulloch, and Karen Oehlert

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Авторське анонімне анкетування

**з метою дослідження удосконалення управління медсестринською діяльністю в закладах охорони здоров'я Львівської області**

1. Чи достатня кількість медсестринського персоналу у вашому відділенні ЗОЗ?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

2. Чи задовольняє Вас ваша заробітна плата?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

3. Чи ефективна організація робочого часу у вашому відділенні ЗОЗ?

- Так
- Ні

4. Чи задовільняють вас пропозиції щодо підвищення вашого рівня кваліфікації?

- Задовільняють
- Частково задовільняють
- Важко відповісти

5. Чи використовуються у вашому відділенні ЗОЗ сучасні новітні технології в медичній діагностиці?

- Так
- Ні

6. Які методи мотивації та стимулювання працівників ви вважаєте найефективнішими?

- Фінанси
- Професійний розвиток
- Покращення умов праці
- Визнання
- Розвиток командної роботи

7. Чи є у вашому закладі система оцінки результативності працівників?

- Так
- Ні

8. Чи маєте ви пропозиції щодо удосконалення управління медсестринським персоналом в вашому закладі?

---

